



Brugererfaringer

Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97

Jöhncke, Steffen

Publication date:
1997

Document version
Tidlig version også kaldet pre-print

Citation for published version (APA):
Jöhncke, S. (1997). *Brugererfaringer: Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. Københavns Kommune. Socialdirektoratet.

BRUGER- ERFARINGER

**Undersøgelse af brugernes
erfaringer med behandling
i de fire Distriktscentre
i Københavns Kommunes
behandlingssystem for
stofmisbrugere
1996-97**

Udarbejdet af:

*Mag. scient. Steffen Jöhncke,
projektmedarbejder i Socialdirektoratet, 7. kontor*

September 1997

*Københavns Kommune, Socialdirektoratet,
Bernstorffsgade 17, 1592 København V*

BRUGER-ERFARINGER

Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97

September 1997

Copyright © Steffen Jöhncke og Socialdirektoratet, Københavns Kommune

All rights reserved

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af denne rapport eller dele deraf er ifølge gældende dansk lov om ophavsret ikke tilladt uden forfatterens forudgående tilsagn

Udgiver: Socialdirektoratet, Københavns Kommune, Bernstorffsgade17, 1598 København V

Oplag: 500

Indholdsfortegnelse

	side
Forord	5
Resumé	9
Kapitel 1: Introduktion	23
1.1. Undersøgelsens grundlag	24
1.2. Undersøgelsens metoder og forløb	25
1.3. Hvem er brugerne? - statistiske baggrundsoplysninger	28
Kapitel 2: Grundlaget for distriktscentrenes arbejde	31
2.1. Målsætningerne for Københavns Kommunes behandlings-system for stofmisbrugere	32
2.2. Distriktscentrenes funktioner	33
2.3. Metadontildeling	36
2.4. Kontrol og regler for udlevering af metadon	38
2.5. Handleplaner	40
2.6. Konsekvens i behandlingen	42
2.7. Behandlingens formål og indhold	43
2.8. Brugerønsker til behandlingen	47
2.9. Opsummering og diskussion	48
Kapitel 3: Behandlingsarbejdet i distriktscentrene	53
3.1. Rammer for arbejdet	54
3.2. Regelsæt for brugerne	56
3.3. Metadonudleveringen	58
3.4. Kontrol - især urinprøver	59
3.5. Nedtrapning og regulering af metadon-dosis	61
3.6. Benzodiazepiner	62
3.7. Vurdering af brugernes behandlingsbehov og -muligheder	63
3.8. Socialpædagogisk behandling	64
3.9. Omsorgsydelser	67
3.10. Særlige faglige funktioner	68
3.11. Egne enterpriseprojekter	69
3.12. Brugerindflydelse	70
3.13. Opsummering og diskussion	71
Kapitel 4: Brugererfaringer: analyse af interviews	75
4.1.1. Indledning: Almene erfaringer og overordnet syn på behandlingen	75
4.1.2. Praktisk hjælp og vejledning	81
4.1.3. Brugerindflydelse	83
4.2. Metadon og anden medicinsk behandling: Fordele og problemer for brugerne	87

4.2.1. At søge behandling	87
4.2.2. At få metadon	90
4.2.3. Nye spørgsmål melder sig for brugerne	93
4.2.4. Nedtrapning	97
4.2.5. Ambivalenser	101
4.2.6. Særligt vedrørende benzodiazepiner	104
4.3. Erfaringer med styring, kontrol og sanktioner	106
4.3.1. Afhængighed	106
4.3.2. Kontrol	107
4.3.3. Konsekvenser og sanktioner	113
4.3.4. Den ultimative sanktion: at blive bortvist fra behandling	118
4.3.5. Ikke "konsekvenser" - men <i>respons</i>	121
4.4. Handleplaner	123
4.5. Relationer til behandlerne	126
4.5.1. Karakteristikker af den gode hhv. den dårlige behandler	127
4.5.2. Behandlernes dobbeltrolle: hjælpere og kontrollører	132
4.5.3. Samtaler	133
4.6. Aktiviteter inden for og uden for distriktscentret	139
4.7. Efterbehandling, sammenhæng i tilbud, oplysning om muligheder	141
4.7.1. Efterbehandling / opfølgning	141
4.7.2. Sammenhæng i tilbud	145
4.7.3. Information om behandlingsmuligheder og andre tilbud	146
4.8. Opsummering og diskussion	147
Kapitel 5: Spørgeskema-undersøgelse til de behandlende medarbejdere i distriktscentrene	153
5.1. Distriktscentrets funktioner	154
5.2. Metoder i behandlingsarbejdet	156
5.3. Holdninger og synspunkter	157
5.4. Erfaringer som behandler	161
5.5. Opsummering og diskussion	165
Kapitel 6: Konklusioner og perspektiver	171
6.1. Undersøgelsens rækkevidde	171
6.2. Afhængighed af metadon som livsvilkår	171
6.3. Vanskeligheder vedr. metadonens rolle i behandlingens praksis	172
6.4. Metadon bliver mål i sig selv for brugerne	173
6.5. Risikoen for, at sanktioner og "konsekvens" skader mere end gavner	173
6.6. Forholdet mellem brugere og behandlere	175
6.7. Manglende sammenhæng mellem behandlingens forskellige dele	176
6.8. Det socialpædagogiske arbejdsfelt er uafklaret	177
6.9. Individuel behandling: At tilgodese mange forskellige behov	178
6.10. Behandlingsmodel for metadon-brugere	179
6.11. Behovet for en integreret indsats	181
Bilagsfortegnelse (bilag 1- 8)	183

Forord

af vicedirektør Carsten Stæhr-Nielsen, Socialdirektoratet

Det er godt, at Socialdirektoratet nu kan fremlægge en brugerundersøgelse.

Denne undersøgelse tjener også som evaluering af distriktscentrene.

Det er rart at konstatere, at brugerne i deres kommentarer nok er kritiske, men samtidig også konstruktive og nuancerede.

Udviklingen inden for behandlingen af narkomaner er i disse år meget dynamisk, så samtidig med at denne undersøgelse har fundet sted, har distriktscentrenes behandlingsindsats fortsat udviklet sig. Undersøgelsen blev gennemført i et tidsrum, hvor omlægningen af metadonbehandlingen var i fuld gang, hvilket bla. indebar omfattende visitationsopgaver for klienter i behandling hos de praktiserende læger, samtidig med at opbygningen af ambulatorier til varetagelse af den længerevarende metadonbehandling endnu ikke var fuldført. Kommunens oprettelse af fem ambulatorier til dette formål har siden betydet, at distriktscentrene har kunnet opprioritere arbejdet med de afklarede, vejledende og opfølgende dele af behandlingen, og herunder også varetage støtte og efterbehandling af stoffri klienter. I tiden efter undersøgelsesperioden har distriktscentrene desuden lagt vægt på at udvikle nye behandlingsformer, bl.a. øget anvendelse af gruppebaserede forløb, ligesom opstillingen af egentlige behandlingsprogrammer og -modeller er i fuld gang. Derfor har distriktscentrenes arbejde i dag (medio 1997) ændret sig i forhold til det billede, der gives i rapporten. Undersøgelsen har altså også før sin færdiggørelse haft en indflydelse på det udviklingsarbejde, der er i gang. Dette ændrer imidlertid ikke ved, at de diskussioner og problemstillinger¹ der rejses i rapporten, stadig har stor relevans for den fortsatte udvikling af behandlingsindsatsen over for stofmisbrugere.

Der findes hos de berørte parter – både behandlere og brugere – en udbredt ambivalens over for metadon. Denne ambivalens må også tages som udtryk for, at metadonbehandling fortsat er et omstridt element i behandlingen af stofmisbrugere, og kalder på ambivalente reaktioner

og synspunkter. Det er værd at minde om, at denne ambivalens også præger holdningen til metadon i den offentlige debat om stofmisbrugsbehandling.

Det er Socialdirektoratets håb, at nærværende rapport vil være et bidrag til at flytte debatten fra at være en fastlåst diskussion for og imod metadon, til at handle om hvordan vi løbende kan gøre behandlingsarbejdet bedre, og sikre de bedst mulige, varige behandlingsresultater, hvor metadon blot er et middel, til fordel for såvel brugerne som det omgivende samfund. Der synes således at være god grund til at beskæftige sig nærmere med en indholdet og karakteren at, hvordan metadon indgår i behandlingsarbejdet, snarere end blot dens berettigelse.

Behandlingsarbejdet skal styrkes ved at arbejde med udvikling af behandlingsprogrammer og -koncepter samt kvalitetsmål i institutionerne. Der skal ske en udvikling at tværfagligheden og en målrettet og hensigtsmæssig forfølgelse af behandlingsmålene. For de institutioner, der arbejder med metadonbehandling, er det i denne forbindelse en særlig udfordring at friholde sig fra en fokusering på stofmisbruget og metadonen i sig selv, og arbejde mere på at fremme udviklingsperspektiverne for brugerne, hvor det er det enkelte menneskes eget potentiale, der er afgørende.

Rapporten berører også spørgsmålet om kontrolfunktionernes placering i metadonbehandlingen. På den ene side er kontroltiltag et formelt krav, og nødvendig for at sikre de ønskede behandlingsresultater. På den anden side er det værd kritisk at overveje, hvilken placering kontrollen skal have i relation til behandlingen i øvrigt, og hvilken indflydelse kontrol kan få på forholdet mellem brugere og behandlere. En mere klar adskillelse af kontrol og behandling vil frigøre behandlingsarbejdet fra en række unødvendige konflikter og bindinger.

Ligeledes peger rapporten på det "uafklarede" ved det sociopædagogiske felt i behandlingen. Det afgørende er dog at være opmærksom på, at en omlægning af livsførelsen fra stofmisbrug til stoifrihed er en omfattende proces, der indbefatter grundlæggende

eksistentielle spørgsmål, der yderligere kan have forskellig karakter fra bruger til bruger. Der er derfor ikke nødvendigvis vundet noget ved at "afklare" det socialpædagogiske arbejdsfelt, hvis der dermed menes en fastsættelse af bestemte arbejdsfunktioner – snarere er fleksibilitet nødvendig. Under alle omstændigheder kan der være god grund til løbende at overveje og udvikle indsatsen også på dette felt.

Brugernes behov for og ønske om aktiviteter belyses også i rapporten. Dette må søges imødekommet inden for den enkelte institution, foruden at der i et videre perspektiv er grund til at se på en forstærket indsats i retning af øget aktivering og bedre resocialisering af brugerne gennem initiativer med uddannelse, jobtræning, o.s.v. I den forbindelse kan der også peges på behovet for efterbehandling og sammenhæng i indsatsen. Begge dele understreger nødvendigheden af at satse på længere forløb, som kan iværksættes under metadonbehandlingen, men samtidig rækker ud over den. Her er der en række klare brugerønsker, som må prioriteres højt.

Med hensyn til udvikling af brugerindflydelse i institutionerne er der allerede oprettet følgegrupper med deltagelse af pårørende og brugere på distriktscentrene. Som yderligere et aspekt af udviklingen af brugerindflydelse kan det nævnes, at Københavns Kommune har støttet oprettelsen af et brugerstyret værested for tidligere stofmisbrugere.

Brugerne har i denne rapport vist sig at være gode og konstruktive medspillere. Det animerer til i det fortsatte arbejde at prioritere det ligeværdige samspil med brugerne på alle niveauer i arbejdet meget, meget højt.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Claus BAA' or similar, written in a cursive style.

Resumé

Denne rapport fremlægger resultaterne af den brugerundersøgelse, som Socialdirektoratet gennemførte i 1996-97 på de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere. Med undersøgelsen opfyldes den tidligere beslutning om at evaluere distriktscentrene, foruden at undersøgelsen indgår i det løbende arbejde med at følge udviklingen i stofmisbrugsbehandlingen, og i bestræbelserne på kvalitetssikring og brugerinddragelse på dette område.

Metode

Undersøgelsen lagde vægten på interviews med 40 aktuelle brugere af distriktscentrene; det vil helt overvejende vil sige brugere indskrevet til metadon-understøttet behandling. Ved valg af interviewede blev det tilstræbt at nå *forskellige* brugere (med hensyn til køn, alder og behandlingserfaringer). På tidspunktet for interviewet var 34 i metadonbehandling og 4 i ambulant, stoffri behandling. Arbejdet i centrene blev fulgt i sammenlagt 8 uger i forår og efterår 1996, hvilket i vidt omfang dannede grundlag for kontakten til brugerne. Interviewene med 10 brugere fra hvert center blev foretaget efter spørgeguide, men i øvrigt sådan, at brugernes egne prioriteringer af emner var afgørende. Grundlaget for distriktscentrenes arbejde blev kortlagt ved gennemgang af en række relevante rapporter, cirkulærer, m.v. Distriktscentrenes praktiske udmøntning af opgaverne er beskrevet ud fra interviews og samtaler med ledelser, medarbejdere og brugere. Endelig blev der afslutningsvis gennemført en spørgeskemaundersøgelse til de behandlende medarbejdere i centrene, med afsæt i de forhold og problemstillinger, som brugerne havde rejst i interviewene.

Rammerne for distriktscentrene

I forbindelse med beslutningen om at oprette distriktscentrene (1992) blev det fastsat,

at distriktscentrene skulle have kompetence og ansvar for visitation, behandling, udvikling, planlægning og økonomi i det enkelte lokalområde. For så vidt angår behandlingsindsatsen skelnedes mellem tre typer brugere: For det første de brugere, for hvem der især lægges vægt på motivation, nedtrapning og afgiftning, og derefter hjælp gennem socialcentret. For det andet de brugere, som forventedes at være langt de fleste, og som efter afklaring af deres behandlingsbehov i distriktscentret blev videre visiteret til en specialinstitution. Og for det tredje de brugere, der visiteres til metadonunderstøttet behandling i distriktscentret. Det vil sige, at distriktscentret forventedes at være ramme om to former for metadonbehandling - dels *nedtrapning*, dels *metadonunderstøttet behandling*, der betegnes som "længerevarende", hvis den strækker sig ud over 3 eller 6 måneder.

Med hensyn til metadonbehandlingen slås det (1992) på den ene side fast, at metadonen kun tildeles som led i en behandlingsplan, og den metadon-understøttede behandling skal tage afsæt i en socialpædagogisk og socialfaglig indsats. Ved at sammensætte distriktscentrets personalegruppe tværfagligt understeges yderligere, at det er brugerens helhedssituation, der skal tages i betragtning, og at metadon-tildelingen er et supplerende tiltag. Denne opfattelse af behandling som især en psykosocial indsats understreges da også i distriktscentrene. På den anden side er de socialpædagogiske, socialfaglige eller psykologiske sider af behandlingen kun i meget ringe grad fastsat i de formelle rammer for distriktscentrene, hvorimod der er udstukket udførlige forskrifter for metadonbehandlingen. Der findes således ret detaljerede overvejelser og regelsæt for ordination, udlevering og kontrol-foranstaltninger (fx urinprøver) i forbindelse med metadon-behandling. Samlet set fremstår metadon-tildelingen derfor uvilkårligt som netop den del af behandlingen, der skal fokuseres mest på. Denne indbyggede dobbelthed med hensyn til metadonens placeringen i behandlingen er et væsentligt træk ved distriktscentrenes arbejdsgrundlag.

Udarbejdelse og opfølgning af individuelle, sociale handleplaner blev fastsat som grundlaget i behandlingsindsatsen. Handleplanen tiltænkte at udfylde flere formål: dels som ramme om et gensidigt forpligtende samarbejde mellem behandlingssystemet, socialcentret, (den praktiserende læge) og brugeren selv; dels som en personlig

kontrakt, brugerens individuelle aftale med distriktscentret om behandling. Planen skulle laves udfra brugerens ønsker og situation, og medinddrage ham/hende som forpligtet aftalepartner. Endelig skulle det i handleplanen være muligt at fastsætte "konsekvenser": aftaler med brugeren om, hvilke sanktioner, der kunne iværksættes, hvis han/hun ikke overholdt aftalen om behandling. Spørgsmålet om, hvilke konsekvenser, der kunne være tale om, forblev imidlertid uafklaret, og vejledningen til udarbejdelse af handleplaner taler da også mere generelt om revision af aftalen om behandling som den vigtigste konsekvens af konstaterede problemer.

Behandlingsarbejdet i praksis

Undersøgelsen blev gennemført i en omskiftelig og vanskelig periode i distriktscentre-
ne, som oplevede et vedvarende pres på behandling, samt mange visitations- og koordineringsopgaver i kraft af den ny lovgivning på området (1996). Hertil kom bl.a. flytningen af to centre. Overordnet kan det siges, at distriktscentrene udfylder deres funktioner som udstykket i rammerne for deres virke (1992). Behandlingsopgaverne i praksis har vist sig at være mere omfattende end forventet, på grund af øget behandlingssøgning og varighed af indskrivninger. Rammerne for distriktscentrenes arbejde er blevet omsat temmelig ensartet i centrene.

De sociale handleplaner indgår i alle centrenes arbejde, omend med forskellig vægt og betydning, også varierende fra sag til sag. Det samlede indtryk gør, at handleplanen som arbejdsmodel ikke kan siges at have haft den gennemgribende betydning for behandlingsarbejdet og for koordineringen af indsatsen mellem de forskellige relevante parter, som prægede forventningerne. Med hensyn til samarbejdet med socialcentret synes handleplanen især at have betydning i det omfang, at der er i bestemte sager er brug indgåelse af aftaler.

Der er fastsat regelsæt i distriktscentrene med fokus på metadontildelingen; brugerne skal underskrive disse regelsæt som betingelse for behandling. Sanktioner over for brugerne knytter sig i praksis helt overvejende til brugernes adfærd i og ved centret,

snarere end til vurderinger af den enkeltes behandlingsresultater. Fx kan behandlerne ved regelbrud (fx at møde for sent eller påvirket til metadon-udlevering) fratage brugeren metadon-dosen den pågældende dag. Udskrivning fra behandling kan tages i brug ved vold eller trusler fra en bruger. Overførelse til anden behandling (snarere end blot udskrivning) tilstræbes, hvis distriktscentret skønner, at behandlingsaftalen i centret ikke bør videreføres.

Kontrol-elementet i behandlingen indgår dels i den almene kontakt mellem brugere og behandlere (opsyn med adfærd, fremmøde, påvirkethed); dels tages der urinprøver efter behov. Resultater af urinprøver lægger imidlertid ikke nødvendigvis op til bestemte sanktioner eller reaktioner; formålet er snarere løbende indblik i brugernes situation, og ses som en tilskyndelse for brugerne til at begrænse sidemisbrug: prøverne tillægges dermed behandlingsmæssig betydning i sig selv.

Med hensyn til metadon-tildelingen er behandlingsarbejdet i praksis i mange tilfælde splittet mellem to formål: nedtrapning og erstatning af misbruget. Det første tilskynder til stadig lavere doser; det andet til at fastholde (og eventuelt endda øge) den mængde metadon, som er nødvendig for at afløse det faktiske misbrug af illegale stoffer. I denne situation fremhæver distriktscentrene princippet om individuel behandling, der da betyder: den løbende bestræbelse på at finde pragmatiske løsninger for den enkelte inden for mulighedernes rammer. For en del brugere har målsætningen og tidsrammen for metadon-tildelingen ikke endelig kunne fastsættes, og behandlingsformen kan da beskrives som "metadon indtil videre" snarere end specifikt nedtrapning eller varig metadon-tildeling. Centrene har ikke opstillet egentlige behandlings-*programmer* med hensyn til metadon-tildelingen, omend der i stigende grad arbejdes med forskellige gruppe-forløb o.lign. Særligt kan projektet "Nedtrapnings- / Recidivgruppen" i Distriktscenter Indre nævnes.

Snarere end et fast program eller model har behandlingen i distriktscentrene således snarere karakter af et kontinuerligt tilbud om hjælp fra den række af forskellige fagområder, der er repræsenteret blandt personalet. Der kan således ydes omsorg og vejledning på alle niveauer, fra det mest konkrete, akutte problem til socialrådgiving og

psykologisk terapi, i det omfang ressourcerne rækker. Det socialpædagogiske arbejde med brugerne kommer til udtryk i individuelle samtaler og gruppeorienterede aktiviteter. Samtalernes formål er at fastholde og udbygge kontakten, og følge brugernes udvikling; der er således også en kontrolfunktion indlagt. Aktiviteternes formål defineres overvejende som udvikling af brugernes sociale funktionsevne og selvtillid. Tilbudene til brugerne søges tilpasset til behov og færdigheder hos forskellige grupper af brugere.

Rammerne for brugerindflydelse i centrene er dels handleplanerne (dvs. den enkeltes indflydelse på egen behandling), dels fællesmøder i centrene mellem brugere og behandlere (udveksling af information og synspunkter). Brugere har ikke direkte indflydelse på forhold vedr. behandlingens tilrettelæggelse, metadon-tildelingen, osv.

Resultater af bruger-interviews

Formålet med interviewene var at opsamle og beskrive erfaringer, synspunkter og behov hos brugerne vedrørende behandlingen. De interviewede brugere er indbyrdes meget forskellige, og har forskellige - til tider helt modsatrettede - erfaringer med behandlingen. Hensigten med undersøgelsen er imidlertid ikke at måle forskellige grader af tilfredshed, men snarere mere grundlæggende at indkredse brugernes kriterier for god og dårlig behandling.

Gennemgående spiller forholdene omkring metadon-tildeling og -udlevering en overvældende rolle for de interviewede metadon-brugere. Afhængigheden af metadon og afhængigheden af distriktscentret, og de beslutninger, der her træffes vedrørende den enkeltes behandlingstilbud, er af grundlæggende betydning for brugerne og deres forhold til behandlingen.

På trods af, at brugere er tiltænkt indflydelse på behandlingen dels gennem de individuelle handleplaner og dels gennem lejlighedsvis husmøder i centrene, betragter brugere deres indflydelse i centrene som begrænset. Det er vigtigt at se dette i sammenhæng med, at grænserne for brugernes indflydelse på behandlingen i praksis

sættes af deres afhængighed af metadon og dermed af distriktscentrene, og de regler og krav, der gælder for distriktscentrenes virke. Brugere oplever derfor, at det er vanskeligt at få indflydelse på grundlæggende forhold af betydning for deres behandling, ikke mindst vedrørende metadontildelingen.

Muligheden for konkret, praktisk hjælp og vejledning i centrene værdsættes og efterspørges af brugere, og ses som udtryk for forståelse for brugernes vanskelige situation og akutte problemer. Også socialrådgivernes betydning for brugere i centrene fremhæves. Det er en udbredt erfaring blandt brugere i denne undersøgelse, at socialrådgiveren i distriktscentret i praksis er den primære vejleder i forhold til det sociale system, og meget ofte fungerer som bindeled til socialcentret. Dette står i nogen grad i kontrast til den samarbejdsform, som handleplans-modellen lagde op til, hvor sagsbehandleren i socialcentret skulle være den centrale, koordinerende person i behandlingen. Brugere fortæller gennemgående, at socialcentret ikke spiller nogen større rolle for behandlingsindsatsen, medmindre der er særligt brug for en aftale.

Hertil kommer, at handleplanerne gennemgående ikke synes at give brugere indtryk af indflydelse og medvirken. Der er positive erfaringer med handleplans-udarbejdelsen hos nogle brugere, men generelt er det ikke brugernes erfaring, at handleplanen er et redskab til indflydelse og samarbejde. Handleplanens fremstår for mange snarere som en formalitet.

Det fremgår af interviewene, at metadon-tildelingen som sådan virker for brugere. Metadonen fjerner ikke afhængigheden af stoffer, men mildner konsekvenserne af livet som stofmisbruger. Brugere beskriver metadonen som en mulighed for ro og lettelse fra de belastninger, som livet som aktive stofmisbrugere fører med sig.

Omvendt viser problemerne i metadonbehandlingen sig bl.a. ved, at metadonen er svær at trappe ud af igen. Brugere oplever et modsætningsforhold mellem på den ene side ønsket om at trappe metadonen ned, og på den anden side ønsket om fortsat metadon-tildeling for at sikre de opnåede resultater og den forbedring af deres situation, som metadonen har medført. Heri er der naturligvis en oplagt parallel til det dobbelte

behandlingsmål set fra distriktscentrets side (se ovenfor): både nedtrapning som idealt mål, og fortsat erstatning af misbruget med metadon, eventuelt gennem øget dosis. Det vil sige, at der behandlingsmæssigt kan argumenteres for såvel en mindre, en stabil som en øget dosis for den enkelte bruger.

I denne situation giver metadonen anledning til hvad man kan betegne som løbende *forhandlinger* mellem den enkelte bruger og behandlerne i distriktscentret om metadon-tildelingen. Det giver til tider uhensigtsmæssige udslag. For brugeren kan det således betyde, at nedtrapning af metadon bliver opfattet som et mål i sig selv, selvom han/hun har fortsatte eller voksende problemer med sidemisbrug af illegale stoffer. Nedtrapning kan også blive en måde at demonstrere sin behandlingsmotivation på, igen på trods af sidemisbrug. Modsat kan det også betyde - og det synes meget udbredt - at opretholdelse af metadon-tildelingen bliver et mål i sig selv. Metadon-tildelingen er en sikkerhed, som brugerne ønsker at fastholde for at sikre sig mod tilbagefald til tidligere problemer som aktiv bruger: "Man ved hvad man har, men ikke hvad man får", så at sige. Det er oplagt, at brugerne sammenligner deres aktuelle, nogenlunde stabiliserede situation som metadon-brugere med den kendte, problemfyldte fortid - snarere end med en ukendt fremtid. Derfor bliver opretholdelse af metadon-tildelingen, i det mindste indtil videre, vigtig - og til tider overskyggende for andre behandlingsmål.

Brugernes erfaringer med kontrol og sanktioner i distriktscentrene skal også ses på baggrund af deres grundlæggende afhængighed af metadonen og af centrene, og udbredte ønske om at opretholde metadon-tildelingen. Kontrol betyder i denne forbindelse både kontrol med brugernes overholdelse af behandlingen i forbindelse med metadon-tildeling (især om de ophører med eller i det mindste begrænser sidemisbrug), og overholdelse af reglerne for brugerne af centret (fx kommer til tiden, ikke møder påvirket, o.a.). For nogle brugernes vedkommende kan denne kontrol opfattes som udtryk for behandlernes positive interesse og ønske om hjælp. Mere almindeligt udbredt er det dog at opfatte kontrollen som udtryk for en underliggende mistillid overfor og overvågning af brugerne, og som "kontrol for kontrollens skyld".

Som nævnt ovenfor knyttes konsekvenser / sanktioner over for brugerne i praksis ikke direkte til den enkelte brugers behandlingsresultater, men snarere til håndhævelse af reglerne for adfærd i og ved centret. Det er dog tydeligt, at brugerne er i tvivl om betydningen og anvendelsen af sanktioner og konsekvenser, som overvejende forstås som udtryk for graden af behandlernes tillid / mistillid til den enkelte. Denne tvivl betyder også, at mange brugere frygter den ultimative sanktion, nemlig at miste deres metadon-tildeling ved at blive bortvist fra centret. Dette skal igen ses som udtryk for brugernes grundlæggende afhængighed og ønske om at opretholde metadon-tildelingen, snarere end som udtryk for nogen udbredt praksis i distriktscentrene.

Ved distriktscentrenes oprettelse blev *konsekvenser* af manglende overholdelse af eller resultater af behandlingen anbefalet som element i indsatsen, bl.a. med henvisning til brugerønsker (1991). Brugere i denne undersøgelse uddyber imidlertid en anden forståelse af "konsekvens": De peger på ønsket om *respons*, dvs. opmærksomhed fra behandlerne over for den enkeltes situation og aktuelle problemer - herunder med sidemisbrug - og indgriben i form af direkte, fastholdende kontakt, snarere end straffe-foranstaltninger. Udsigten til negative sanktioner betegnes overvejende som helt virkningsløst og meningsløst - som straf for at have de problemer, man søgte hjælp for til at begynde med.

Ønsket om respons afspejler også brugernes bedømmelse af, hvilken form for relationer til behandlerne, de mener er hensigtsmæssige. Brugere kritiserer behandlere, der distancerer sig, eller mangler evne og vilje til at engagere sig i brugernes situation. Tilsvarende peger brugere på deres positive erfaringer med behandlere, som de kan opbygge god kontakt og fortrolighed til. I brugernes forhold til behandlerne kommer hensynet til behandlernes dobbeltrolle - som hjælpere og kontrollører - let i indbyrdes konflikt. Problemet med sidemisbrug, som er udbredt blandt brugere, er det oplagte eksempel. Hvis kontrol-delen vægtes, vil brugere af frygt for formelle og uformelle sanktioner overvejende søge at undgå opmærksomhed fra behandlerne om dette misbrug. Hvis brugere derimod får indtryk af behandlerne som fortrolige hjælpere, ønsker brugere at kunne inddrage behandlerne i deres problemer - herunder problemer med sidemisbrug. Brugere udtrykker det ofte sådan, at visheden for at

kunne være *ærlig* uden at det får negative konsekvenser, er afgørende for et godt forhold til behandleren. Skuffelser over hvad der opleves som negative virkninger af fortrolighed er således meget ødelæggende for forholdet.

Brugerne understreger betydningen af aktiviteter inden for og uden for centrene, og efterlyser ofte flere af dem. Aktiviteterne har dels umiddelbar betydning for brugerne - som noget meningsfuldt at beskæftige sig med, og derfor med direkte, omend kortvarig, effekt på at begrænse misbruget; dels er aktiviteterne vigtige som ramme om samvær og kontakt med behandlerne, og opbygning af positive relationer.

Brugerne efterlyser gennemgående en større vægt på efterbehandling som en del af indsatsen for stofmisbrugere. For brugerne er det aktuelle stofbrug eller stoffrihed ikke nødvendigvis afgørende for indsatsen - det er således almindeligt at have erfaringer med perioder af stoffrihed vekslende med tilbagefald til misbrug. I alle situationer kan der være god brug for støtte, behandling og vejledning, og en skarp skelnen mellem behandling og efterbehandling har derfor tvivlsom relevans for brugerne. Det betyder også, at mange brugere efterlyser en aktiverende indsats for dem, der fortsat er i metadon-behandling. Hertil kommer, at betydningen af efterbehandling ikke blot ligger i at tilgodese behovene for opfølgning hos afgiftede stofmisbrugere. Betydningen ligger også i at tydeliggøre et forløb for de brugere, der aktuelt er i behandling: at der er mulighed for fortsat støtte efter nedtrapning. På samme måde peger brugerne fortsat på behovet for information om forskellige muligheder i behandlingssystemet.

Spørgeskemaundersøgelse til behandlerne

Som sidste led at undersøgelsen udsendtes et spørgeskema rettet til det behandlende personale i distriktscentre. Der indkom 48 besvarelser, jævnt fordelt på centrene. Spørgeskemaets indhold tog primært afsæt i temaer og problemstillinger vedrørende behandlingen, som var fremkommet i interviewene med brugerne, og giver således - med de forbehold som brugen af to forskellige dataindsamlingsmetoder tilsiger - grundlag for en sammenlignende diskussion.

Behandlerne blev spurgt, hvilke funktioner og metoder, de anså for at være dem, der aktuelt fokuseredes mest på centrenes arbejde, samt hvilke, de mente burde være de vigtigste. Resultatet heraf vidner i først række om, at behandlerne både indbyrdes i og på tværs af centrene har ret forskelligartede synspunkter på den aktuelle behandling og deres ønsker til den. Dog er der en tendens til, at de ret konkrete funktioner (praktisk bistand, metadon-tildeling og -stabilisering, afvikling af sidemisbrug) betragtes som dem, der er aktuelt prioriterede; og at metoderne hertil især er samtaler og overvåget udlevering og indtagelse af metadon. Dette stemmer i store træk godt overens med brugernes erfaringer. Behandlerne ønsker imidlertid at lægge større vægt på mere langsigtede behov hos brugerne (udvikling af sociale færdigheder, selvværd, bedre håndtering af misbrug) gennem metoder, der giver dem tættere kontakt til brugerne (gruppesamtaler og -arbejde, aktiviteter, samtaler). Igen er der lighedspunkter med resultaterne af bruger-interviewene, for så vidt som brugerne også ønsker mindre fokus på kontrol og mere på bedre relationer til behandlerne.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan denne udvikling opnås. Fra brugernes synspunkt står kontrol og for megen fokus på resultater af metadon-tildelingen (nedtrapning, ophør med sidemisbrug) som en hindring for et mere hensigtsmæssigt forhold til behandlerne. Spørgeskemaundersøgelsen tyder derimod på andre holdninger hos behandlerne, som ikke ser denne modsætning; der er en tendens til, at de ønsker at opretholde begge dele - altså både kontrol og fokus på metadon og tættere kontakt til brugerne. Der er også en tendens til at tilskrive de opståede problemer i behandlingen til brugerne selv (manglende motivation, m.v.) snarere end behandlingens tilrettelæggelse.

Med hensyn til de sociale handleplaners nytte i arbejdet med brugernes målsætninger har behandlerne delte meninger - men der er trods alt en mere positiv bedømmelse af handleplanen på dette punkt end bruger-interviewene opviste. Til gengæld har behandlerne den samme overvejende negative bedømmelse som brugerne af handleplanernes betydning for samarbejdet med socialcentret.

Behandlerne tilkendegiver i undersøgelsen et stort behov for efteruddannelse og supervision i deres arbejde med stofmisbrugere. De efterlyser både øget information

om konkrete forhold af betydning for arbejdet (herunder muligheder for behandling), og udvikling af færdigheder og metoder i behandlingen.

Endelig siger behandlerne overvejende ja til øget brugerindflydelse i centrene. Der rejses dog også tvivl om, hvordan denne indflydelse i praksis kan udformes.

Konkluderende overvejelser

Distriktscentrene er aktuelt i en omstillingsproces, ikke mindst i kraft af oprettelsen af fem ambulatorier til varetagelse af den længerevarende metadon-behandling. Dermed er der grundlag for at vægte andre sider af distriktscentrenes arbejde, foruden at en række funktioner naturligvis videreføres, især vedrørende visitationer og indledende, afklarende behandling. Som tidligere nævnt begrænser relevansen af denne undersøgelse sig imidlertid ikke snævert til distriktscentrenes hidtidige virke, idet den peger på grundlæggende træk af brugernes erfaringer med og syn på behandling, med særlig vægt på metadon-tildelingen. Dermed skønnes undersøgelsen at have mere generel betydning.

Overordnet må det konkluderes, at undersøgelsen peger på *værdien af* en lang række af de forskellige fagligt baserede tiltag, som distriktscentrene tilbyder brugerne - ikke blot metadon-tildelingen, men også praktisk hjælp og vejledning til brugerne, bistand fra socialrådgiverne, psykologisk terapi, aktiviteter med behandlerne, osv. Med udtrykket *værdien af* hentydes til, at tilbudene værdsættes af brugerne, når de mener at have adgang til dem (også selvom de måske ikke selv benytter dem), og efterlyses, når de ikke mener at have adgang til dem. Fra distriktscentrets side er situationen i høj grad et spørgsmål om, hvorvidt og hvordan denne stadig efterspørgsel kan tilgodeses, og hvilken behandlingsmæssig værdi, tilbudene hver især tillægges. Distriktscentrenes løbende prioriteringer af indsatsen, også i relation til den enkelte bruger, kan således ses som udtryk for forsøget på stadigt at finde pragmatiske løsninger for så mange brugere som muligt. Men situationen kan også ses som udtryk for vanskelighederne med at finde og definere målsætninger for behandlingsarbejdet for institutionen som

helhed. Det er derfor ikke overraskende, at *individuel behandling* hyppigt understreges som referenceramme for distriktscentrets behandlingarbejde.

Fordelene for brugerne ved metadon-tildeling fremgår af denne undersøgelse som af mange andre tidligere. Metadon-tildelingen virker for så vidt som brugeren får en umiddelbar mulighed for at blive fritaget for en vis del af de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af livet som aktiv stofmisbruger. Det grundlæggende problem - afhængigheden af stoffer - ændres imidlertid ikke; ikke fordi "nedtrapning" ikke gennemføres, men fordi afhængighed og stofmisbrug er langt mere kompliceret end blot et spørgsmål om fysisk tilvænning. Afhængigheden af metadon, og dermed af distriktscentret / behandlingssystemet, bliver et nyt vilkår i brugernes tilværelse, som de vedvarende forsøger at håndtere.

Brugernes erfaringer med metadon-tildelingen vidner om nogle grundlæggende og beslægtede problemstillinger med mange forskellige implikationer.

Først og fremmest er der vanskelighederne med at finde og fastholde et udviklingsperspektiv, nogle mål for behandlingen på længere sigt. Brugerne har vanskeligheder med overhovedet at nå frem til en afklaring af, hvad deres mål skal være (bortset fra helt generelle og fjerne mål som fx stoffrihed og arbejde), fordi de helt øjeblikkelige bekymringer med hensyn til metadon-tildelingen vejer tungere. Samtidig erfarer brugerne, at behandlernes fokuserer på andre resultater af metadon-behandlingen end den "fred og ro", som de selv værdsætter: behandlerne ønsker resultater i form af nedtrapning og/eller ophør med sidemisbrug. Brugerne kan derfor opleve metadon-tildelingen som permanent uafklaret og sårbar. Derved bekræftes brugerne i nødvendigheden af "at beskytte sine doner" for at fastholde de resultater, der dog er opnået (øget stabilitet). Forholdet til behandlerne belastes af parternes modstridende målsætninger, og for mange brugere af den manglende mulighed for at kunne være fortrolig og ærlig om sine faktiske problemer. Dette medfører videre, at forholdene i forbindelse med metadon (udlevering, kontrol, osv.) og reglerne for adfærd i centret har tendens til at dominere over andre hensyn i behandlingen, ikke mindst opbygningen af et godt forhold til behandlerne.

På denne baggrund bliver det tydeligt, det ikke har været tilstrækkeligt at nøjes med at betegne distriktscentrenes indsats som "tværfaglig", og stille en række faglige kvalifikationer til rådighed ved siden af metadontildelingen. Det har ikke været tilstrækkeligt at betegne behandlingen som metadonunderstøttet behandling med afsæt i socialfaglig og socialpædagogisk indsats - uden at tage højde for, hvordan disse forskellige led i behandlingen *virker ind på hinanden*, og til tider giver modsatrettede interesser. Når hertil kommer, at metadon-tildelingen er den del af behandlingen, der stilles de fleste og mest udførlige, formelle krav til, er det ikke overraskende, at behandlingen i vid udstrækning foregår på metadonens vilkår - på trods af intentionerne om det modsatte. Udviklingen af de øvrige dele af indsatsen har således været vanskeliggjort, og på trods af bestræbelser på at imødekomme mange forskellige behov hos brugerne må der konstateres et gab imellem på den ene side karakteren og omfanget af brugernes problemer, og på den anden side indhold og omfang af de tilbudte interventioner (praktiske hjælp, samtaler, aktiviteter, osv.).

Den udfordring, behandlingsindsatsen således står over for, er at udvikle modeller og metoder, der tager afsæt i metadon-brugernes faktiske situation, der gennemgående er kendetegnet af den stabiliserende effekt af metadon-tildeling, men fortsat misbrug (på et lavere niveau) og en række udestående problemer af social, psykologisk og ofte også fysisk karakter. I denne situation står brugerne fra et behandlingsmæssigt synspunkt overfor et valg imellem to målsætninger med hensyn til misbruget: stoffrihed eller fortsat metadon-tildeling med mindst muligt, helst intet, sidemisbrug. Selvom behandlingssystemet - og samfundet som helhed - altid må sætte stoffrihed øverst, er det afgørende, at den enkelte bruger tilbydes nogle behandlingsmæssige rammer, hvor dette vanskelige valg kan træffes så vidt muligt uden at være tynget af kortsigtede eller øjeblikkelige hensyn til at sikre metadon-tildelingen. Det kræver en behandlingsprogram, hvor de forskellige dele af indsatsen vægtes meget nøje i forhold til hinanden. Programmet må ikke på forhånd kræves indrettet efter metadon-tildelingen og dens tilhørende krav om kontrol og dens forventning om hurtige resultater, der er urealistiske for brugerne.

Kapitel 1

Introduktion

Med denne rapport fremlægges resultaterne af en brugerundersøgelse, som Socialdirektoratet har gennemført i 1996-97 på de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere. Med undersøgelsen opfyldes den tidligere beslutning om at evaluere distriktscentrene, foruden at undersøgelsen indgår i det løbende arbejde med at følge udviklingen i stofmisbrugsbehandlingen, og i bestræbelserne på kvalitetssikring og brugerinddragelse på dette område.

Rapporten er udarbejdet af projektmedarbejder i Socialdirektoratets 7. kontor, antropolog Steffen Jöhncke, der har forestået undersøgelsens design, gennemførelse og analyse. For udarbejdelse af talmateriale om brugerne ud fra Status- og Forsknings-systemet stod Lars Wretlind. Desuden har 7. kontors medarbejdere i øvrigt, især socialoverlæge Peter Ege, pædagogisk konsulent Anders Frederiksen, pædagogisk konsulent Jens Hansen, fuldmægtig Janie Olsen, kontorchef Janne Gry Poulsen og fuldmægtig Dorrit Schmidt bidraget med væsentlige råd, forslag, kommentarer og oplysninger i arbejdets forløb.

De fire distriktscentre er kommunalt drevne institutioner i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere; de dækker som navnet siger hvert et distrikt af Københavns Kommune. I denne rapport forkortes de som følger: DCAmager (som dækker Christianshavn, Amagerbro og Sundbyerne), DCIndre (Indre By, Nørrebro, Østerbro), DCNordre (Brønshøj, Husum, Bispebjerg, Vanløse) og DCVestre (Vesterbro, Kongens Enghave, Valby). Distriktscentrene blev oprettet i perioden 1992-1994 efter beslutningen om at omstrukturere behandlingssystemet, således at distriktscentrene skulle fungere som indgangsporte til systemet for enhver behandlingssøgende stofmisbruger i Kommunen. Dog var det indtil 1.1.1996 sådan, at stofmisbrugere alternativt kunne søge metadon-tildeling gennem egen læge; fra denne dato skal også denne behandlingsform tage afsæt i en visitation i distriktscentret. Centrenes rolle og arbejde er beskrevet i de følgende kapitler; her skal det blot nævnes, at distriktscentre-

ne overordnet skal varetage visitationsfunktioner over for behandlings-systemet som helhed, og at disse visitationer kan ske til behandling i kommunale institutioner, i institutioner med fast overenskomst med Kommunen, i såkaldte enterprise-institutioner, hvor behandlingspladser købes ad-hoc, og endelig i distriktscentret selv. Sidstnævnte behandlingsform vedrører fortrinsvis brugere, der modtager metadon som led i behandlingen. Det er på denne gruppe brugere af distriktscentrene, denne undersøgelse fokuserer.

I den resterende del af dette kapitel beskrives kort undersøgelsens grundlag, metoder og forløb, og der fremlægges nogle overbliksoplysninger om brugerne i behandlingssystemet. I kapitel 2 beskrives grundlaget for distriktscentrenes arbejde, og i kapitel 3 fremlægges hvordan centrene har tilrettelagt opgaverne i praksis. Rapportens hovedafsnit, kapitel 4, rummer analyser af interviews med brugerne i centrene, og kapitel 5 omhandler resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse til det behandlende personale. Rapporten afsluttes (kapitel 6) med perspektiverende konklusioner og overvejelser.

1.1. Undersøgelsens grundlag

Undersøgelsesplanen (april 1996) foreskriver, at “der udarbejdes en beskrivelse og diskussion af hvert af de fire Distriktscentre, således at væsentlige forskelle og ligheder mellem de fire centre fremgår, og således at der samtidig skabes et grundlag for sammenligninger og samlede overvejelser over centrenes arbejde og funktioner. Det centrale spørgsmål i undersøgelsen gælder forholdet mellem brugerne og distriktscentrene”.

Beskrivelsen af de fire distriktscentre fremlægges som nævnt de følgende to kapitler, der gennemgår de forskellige elementer af centrenes arbejde. Der er givet en samlet fremstilling, dog således, at forskelle og ligheder mellem centrene fremgår. Eftersom forholdet mellem brugerne og distriktscentrene defineres som det vigtigste i undersøgelsen, og i overensstemmelse med projektets karakter af en undersøgelse af bruger-

erfaringer, har langt den største del af dataindsamlingen rettet sig mod at få indblik i brugernes synspunkter om og oplevelser med behandlingen. Metoderne til at indhente de fornødne oplysninger blev fastsat til deltagerobservation, interviews og gruppesamtaler.

Der opstilledes to nøglespørgsmål for undersøgelsen:

- (1) "I hvilken grad og på hvilken måde løser de fire distriktscentre aktuelt de opgaver, der er defineret for deres arbejde og funktioner?". Dette spørgsmål er søgt besvaret i kapitel 2 og 3, samt kapitel 5 (spørgeskemaundersøgelsen til behandlerne).
- (2) "I hvilken grad og på hvilken måde er brugerne tilfredse / utilfredse med distriktscentrenes arbejde og funktioner?". Dette spørgsmål er søgt besvaret i kapitel 4.

1.2. Undersøgelsens metoder og forløb

Som fremlagt i kapitel 2 blev grundlaget for distriktscentrenes arbejde kortlagt ved gennemgang af en række relevante rapporter, cirkulærer, m.v. Formålet med gennemgangen er dels at beskrive baggrunden og rammerne for distriktscentrenes behandlingsindsats, dels at indkredse væsentlige spørgsmål og problemstillinger, som det gennemgåede materiale rummer. I den opsummerende diskussion lægges især vægt på hvilke indfaldsvinkler til stofmisbrug og behandling, der her gør sig gældende i materialet. Dette betragtes som en nødvendig del af udgangspunktet for den efterfølgende fremlæggelse af brugernes erfaringer (kapitel 4).

På tilsvarende måde beskrives i kapitel 3, hvordan distriktscentrene i praksis har tilrettelagt opgaverne i behandlingsarbejdet. Denne beskrivelse baserer sig fortrinsvis på interviews og samtaler med centrenes ledelser, medarbejdere og brugere, suppleret med observationer i centrene, samt i mindre omfang gennemgang af skriftligt materiale fra centrene. Formålet med denne beskrivelse er igen at indkredse centrale spørgsmål og problemstillinger vedrørende behandlingsarbejdet som en del af udgangspunktet for den efterfølgende fremlæggelse af brugernes erfaringer (kapitel 4).

Der er gennemført interviews med 40 brugere, 26 mænd og 14 kvinder, fordelt med 10 på hvert af de fire distriktscentre. De interviewede brugeres alder var mellem 23 og 41 år, med et gennemsnit på knap 32 år. Deres tilknytning til centrene havde været mellem 3 uger og 3 år; enkelte havde også været tilknyttet det pågældende sted før dets omdannelse til distriktscenter. 37 af de 40 interviewede var på tidspunktet for interviewet indskrevet til behandling på distriktscentret eller i centrets eget enterprise-projekt, mens 2 var udskrevet for nylig og 1 var i behandling andetsteds. 34 af de interviewede var i metadonbehandling, mens 4 var i stoffri, ambulant behandling efter afgiftning, og 2 var ikke aktuelt i behandling. Den tid, de interviewede havde været stofmisbrugere, varierede mellem 3 og 22 år, med et gennemsnit omkring 10 år.

For at informere brugerne om undersøgelsen blev der sat opslag op i centrene, med opfordring til brugerne om at give deres holdninger til kende og medvirke til interviews eller bare en samtale, ligesom der i to centre blev givet kort mundtlig information om undersøgelsen på møder for brugerne. De fleste interviewede blev kontaktet af undersøgelsens medarbejder under ophold i centret, og de fleste adspurgte ville gerne interviewes, mens kun nogle få i hvert center afslog. Enkelte henvendte sig selv for at blive interviewet. Endelig blev nogle kontakter foreslået eller formidlet af centrets personale, særligt til brugere, som ikke havde deres daglige gang i centret, og derfor vanskeligt ville kunne træffes, eller som vejledning med hensyn til at sikre den ønskede bredde og variation i gruppen af interviewede.

Der er ikke forsøgt udtaget et tilfældigt, statistisk repræsentativt udsnit af distriktscentrenes brugere med henblik på interviews. For en kvalitativ undersøgelse som denne er det mere hensigtsmæssigt med *målrettet sampling*, hvor det gælder om at nå de mest informationsgivende cases. Målet har været at interviewe så mange *forskellige* brugere som muligt: forskellige med hensyn til køn, alder, livssituation og erfaringer med behandling. Ved ophold i centrene og samtaler med brugerne og behandlerne har der kunnet opnås den kontakt, som er en forudsætning for udvælgelsen af interviewede. Undersøgelsen er ikke designet til at vise den relative fordeling af forskellige synspunkter (fx "graden af tilfredshed / utilfredshed") hos alle brugere, men snarere at gå et spadestik dybere og klarlægge hvilke underlæggende forhold, der overhovedet

skaber tilfredshed / utilfredshed på tværs af de forskelligheder, der er mellem brugerne. Eller sagt på en anden måde: Formålet er at klarlægge de centrale temaer og generelle problemstillinger, som brugerne lægger til grund for deres bedømmelse af behandlingen.

Interviewene varede mellem ½ time og 3 timer, de fleste omkring 1½ time. De blev gennemført som åbne interviews med støtte fra en interviewguide, der løbende er blevet udviklet og forbedret. Der blev lagt vægt på i så høj grad som muligt at forfølge de emner, som brugerne selv fremhævede som afgørende for deres såvel gode som dårlige erfaringer med behandlingen i distriktscentret. Interviewene formede sig som samtaler, hvor brugerne var informeret om undersøgelsens form og formål, og var garanteret anonymitet og fortrolighed, dvs. interviewerens tavshedspligt om den enkeltes forhold. Langt de fleste interviews blev optaget på bånd, som senere blev refereret og i vidt omfang transkriberet, mens enkelte interviews blev refereret i hånden på stedet og umiddelbart derefter uddybet efter hukommelsen.

Undersøgelsens medarbejder opholdt sig i hvert center i to uger fordelt på to omgange (weekender inklusive i første runde), hvilket samlet udgjorde ca. 250 timer, interviewtid iberegnet. I knap halvdelen af tiden blev der lavet deltagerobservation - hvilket indebar at følge centrets arbejde og at være sammen med brugerne i dagligdags situationer, såsom metadon-udlevering, gruppeaktiviteter inden for eller uden for centret, og ved forskellige møder. Det blev besluttet ikke at overvære individuelle samtaler mellem brugere og behandlere. Under opholdene i centrene gennemførtes uformelle samtaler af forskellig varighed med omkring 40 brugere ud over de interviewede, samt med en stor del af behandlerne. Disse uformelle samtaler gav ofte et værdifuldt indblik i spørgsmål, der optog brugerne, og medvirkte til at skærpe opmærksomheden om vigtige temaer og forbedrede dermed udbyttet af interviewene. Der er ikke foretaget interviews med behandlere, bortset fra længere, refererede interviews med distriktscenterlederne om indholdet af centrenes arbejde.

Interviewmateriale blev løbende gennemlæst og bearbejdet, og en midtvejsrapport om centrale temaer og foreløbige konklusioner blev udarbejdet og diskuteret internt i

Socialdirektoratet efter ca. halvdelen af interviewene var gennemført. Analysen fortsatte med en systematisk gennemgang af materialet delvist overlappende med skrivningen af rapporten, bl.a. ved at afsøge materialet for afvigende fortolkningsmuligheder, ikke mindst med henblik på vedvarende at tilstræbe den samme bredde og nuancering i præsentationen som fremgår af interviewmaterialet som helhed. Samtidig skal der naturligvis også i denne analytiske proces ske en udvælgelse og prioritering af temaer, samt opstilles generaliserende konklusioner. For at videregive et indtryk af datamaterialet er der gjort udstrakt brug af illustrerende og sammenfattende citater i teksten (kapitel 4).

Afslutningsvis blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse til de behandlende medarbejdere i centrene, med afsæt i de forhold og problemstillinger, som brugerne havde rejst i interviewene. Spørgeskemaet og en oversigt over resultaterne er vedlagt som bilag 7 og 8.

1.3. Hvem er brugerne? - statistiske baggrundsoplysninger

Med det formål at få et overblik over forskellige grundlæggende træk af brugersammensætningen i behandlingssystemet, er et udvalg af oplysninger hentet frem i Status- og Forskningssystemet vedrørende stofmisbrugs-behandlingen i Københavns Kommune. Oplysningerne i systemet er anonyme. For overblikkets skyld blev det valgt at trække oplysninger frem om de brugere, der i løbet af 2. halvår 1995 var indskrevet af et af de fire distriktscentre. Det drejer sig i alt om lige knap 700 brugere på tidspunktet for oplysningernes udtrækning (april 1996). Samtlige de nedenfor nævnte tal vedrører dette udsnit.

De knap 700 brugere var ikke helt jævnt fordelt på de fire centre, idet DCAmager, DCIndre og DCVestre hver tegnede sig for omkring en femtedel af de indskrevne brugere i den nævnte periode, mens DCNordre havde mere end en tredjedel af indskrivningerne. Det skal bemærkes, at grænsen mellem DCNordres og DCIndres distrikter siden er blevet flyttet, så DCNordres optageområde er blevet reduceret.

Fordelingen på mænd og kvinder blandt de indskrevne brugere var stort set den samme i de fire centre: omkring en tredjedel kvinder og to tredjedele mænd. Der forekom heller ikke store forskelle mellem distriktscentrene med hensyn til aldersfordelingen af de indskrevne brugere i perioden. Gennemsnitsalderen var omkring 31 år, og næsten halvdelen af alle brugerne var mellem 25 og 34 år ved indskrivningen.

Som udtryk for de behandlingssøgende brugeres sociale situation, er boligforhold, beskæftigelse og indtægtsforhold for de indskrevne brugere gjort op.

Lidt over halvdelen af brugerne (58%) havde ved indskrivningen en selvstændig bolig (dvs. typisk deres egen lejlighed), godt en ottendedel boede hos familie eller venner, og knap en ottendedel boede på lejet værelse. Lidt mindre end en tiendedel boede på herberg eller forsorgshjem, mens lidt over 5% ingen bolig havde eller "boede" på gaden. Der er visse forskelle mellem distriktscentrenes brugere med hensyn til disse fordelinger på boligform, hvilket generelt afspejler forskelle i boligmassens sammensætning i distrikterne.

Med hensyn til brugernes beskæftigelsessituation var den overvældende del af de indskrevne brugere i perioden uden for arbejdsmarkedet, nemlig knap 88%. Under 5% havde lønnet arbejde ved indskrivningen, og kun et par % var under uddannelse, i arbejdsstræning eller revalidering. Der er kun mindre variationer mellem de fire distriktscentre, hvad disse tal angår.

I betragtning af de indskrevne brugeres beskæftigelsessituation er det ikke overraskende, at deres indtægtsforhold helt overvejende var kendetegnet af forskellige overførselsindkomster. Næsten to tredjedele af brugerne modtog bistandshjælp, og knap en femtedel modtog førtidspension. De øvrige fordeler sig på arbejdsløshedsdagpenge, lønindkomst, sygedagpenge, uddannelseshjælp og andet.

Langt den største del af de indskrevne brugere i perioden var danske statsborgere (godt 88%), mens 6% kom fra andre europæiske lande, godt 4% fra asiatiske og godt 1% fra afrikanske lande.

Status- og Forskningssystemet rummer også oplysninger om hvilke rusmidler, brugerne benytter sig af på tidspunktet for deres indskrivning i behandling. Knap halvdelen (48%) af brugerne angav heroin som deres primære misbrugsstof, mens knap en tredjedel angav lægeordineret metadon og godt 6% illegal metadon - altså metadon, der er anskaffet på anden måde end ved lægeordination til vedkommende selv. Sammen med et lille antal, der angav morfin eller Ketogan som deres primære misbrugsstof, var den samlede andel af brugere, der regnede forskellige opioider (dvs. heroin, metadon, og beslægtede stoffer) som deres hovedmisbrug, således på 88%. 4% af de behandlings-søgende var stoffri ved indskrivningen, mens de resterende 8% fordelte sig på andre stoffer, heraf halvdelen på hash.

Der var en vis, omend ikke meget stor, variation mellem centrene med hensyn til de indskrevne brugeres hovedmisbrugsstof. Således varierede andelen af brugere, der regnede heroin som deres primære stof fra knap 43% i DCAmager til knap 57% i DCVestre.

Brugernes indtagelsesmåde for det stof, som de hver især regnede for deres primære misbrug, er også opgjort. At spise eller drikke stoffet var den hyppigste måde at indtage stoffet på (lidt over 37% af brugerne) - efterfulgt af rygning (godt 27%) og injektion (godt 26%). Det er rimeligt at antage, at det meste heroin ryges eller injiceres, mens det meste metadon og piller spises/drikkes. Det må bemærkes, at en noget større andel af brugerne indskrevet af DCVestre end gennemsnitligt oplyste, at de injicerede deres primære misbrugsstof (nemlig godt 36%).

Kapitel 2

Grundlaget for distriktscentrenes arbejde

I dette kapitel redegøres der for det formelle grundlag for distriktscentrenes arbejde. Dette sker gennem en gennemgang af en række relevante rapporter, cirkulærer og andre dokumenter. Formålet med gennemgangen er dels at beskrive baggrunden og rammerne for distriktscentrenes behandlingsindsats, dels at indkredse væsentlige spørgsmål og problemstillinger, som det gennemgåede materiale rummer. I den opsummerende diskussion lægges især vægt på hvilke indfaldsvinkler til stofmisbrug og behandling, der her gør sig gældende i materialet.

Det anvendte materialer er følgende:

- Rapporten fra "Arbejdsgruppen til udredning og vurdering af tilbudene til stofmisbrugere i København" (1991-92): Delrapport 1: "Brugerønsker og behov; Mål og rammer på narkoområdet" (20. juni 1991), og delrapport 2: "Behandlingstilbud; Organisering på narkoområdet" (4. marts 1992)
- Rapport fra Brugerkonferencen på Gimle 17. april 1991
- Målsætningerne for Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere, som anført bl.a. i Socialplanen 1993 (vedtaget 17. juni 1992), samt kvalitetsmålsætninger for stofmisbrugsbehandling, som anført i Socialplanen for 1997-2000 (juni 1997)
- Borgerrepræsentationens vedtagelse (569/92) af 19. november 1992: Forslag til struktur for behandlingssystemet for stofmisbrugere, og tilhørende Udvalgsbetænkning (af 10. november 1992) - i det følgende referet til under ét som "569/92".
- Metadonretningslinjer for behandlingsinstitutionerne i Københavns Kommune, udformet af Socialdirektoratet, oktober 1993
- Skema og vejledning til sociale handleplaner, udformet af Socialdirektoratet, november 1994
- Sundhedsstyrelsens Cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

- Socialministeriets Vejledning af 14. december 1995 om Bistandslovens bestemmelser om social indsats for stofmisbrugere
- Status- og udviklingsplan for Københavns Kommunes Behandlingssystem for Stofmisbrugere, Socialdirektoratet, maj 1996.
- Socialplan for Københavns Kommune 1997-2000 (juni 1997).

2.1. Målsætningerne for Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere

Ifølge Socialplanen (1993) og vedtagelsen af forslaget om struktur for behandlingssystemet (569/92) er de overordnede målsætninger med indsatsen:

- At tilbyde alle typer af stofmisbrugere i København behandling og omsorg
- At forebygge og reducere skadevirkninger på den enkelte stofmisbruger og samfundet
- At give den enkelte stofmisbruger mulighed for at afvikle sit stofmisbrug og bruge sine ressourcer til at udvikle færdigheder til at etablere et socialt liv og opbygge et netværk, samt indgå i uddannelses- og arbejdsforhold m.v.
- At tilrettelægge behandlingen i tæt samarbejde med den enkelte stofmisbruger.

Socialplanen for 1997-2000 angiver yderligere følgende kvalitetsmålsætninger for behandlingsindsatsen:

- Den overordnede målsætning er stoffrihed
- Målet for indsatsen er både stoffrihed og en reduktion af skader som følge af misbruget. Dette gælder såvel i forhold til den enkelte og på det samfundsmæssige plan.
- Alle stofmisbrugere tilbydes behandling og omsorg med henblik på at forebygge og minimere skadevirkningen hos den enkelte og samfundet. Dette sker ved at sikre en hurtig og fleksibel indsats.

Mens stoffrihed betegnes som den overordnede målsætning for indsatsen som helhed, hører både stoffrihed og en generel reduktion af skadevirkninger til de mere konkrete mål med behandlingen. Det ligger implicit i målsætningerne, at behandlingens indhold og formål kun kan formuleres konkret i forhold til den enkelte bruger af systemet, og at forskellige behov, problemer og muligheder hos forskellige klienter fordrer forskellige behandlingstiltag. Den individuelle tilrettelæggelse af behandlingen er et hyppigt gentaget og understreget princip for indsatsen. Senest fremgår det af Københavns Kommunes Socialplan 1997-2000, som siger:

“Behandlingen, der er frivillig og planlægges i tæt samarbejde med brugeren, sammensættes efter den enkelte brugers behov”.

2.2. Distriktscentrenes funktioner

Oprettelsen af distriktscentrene samt formål og rammer for centrenes arbejde blev vedtaget af Borgerrepræsentationen den 19. november 1992. Kommunen blev inddelt i fire lokalområder, og det fastsattes at de respektive distriktscentre

“... skal have kompetence og ansvar for visitation, behandling, udvikling, planlægning og økonomi i det enkelte lokalområde”.

Distriktscentrene blev dermed et centralt led i den omlægning af behandlingssystemet for stofmisbrugere, der derefter blev gennemført. Distriktscentrene er principielt indfaldsvej til behandlingssystemet for enhver københavnsk stofmisbruger, uanset om han/hun selv henvender sig eller henvises af andre instanser, og uanset hvilken behandlingsform, den enkelte søger. Status- og Udviklingsplanen (maj 1996) siger:

“Stofmisbrugere boende i distriktscentrets område får råd, vejledning og tilbud om behandling af distriktscentret. Det er distriktscentrets opgave at afklare den enkelte stofmisbrugers behandlingsbehov og ressourcer” (s.3).

Distriktscentret skal være “parat til at yde hurtig hjælp”, som det hedder i 569/92. Denne parathed indebærer bl.a., at

“Det er distriktscentrenes opgave fremover at visitere de klienter, der henvender sig om hjælp uden hensyntagen til antal visitationspladser”.

Det fremgår videre af 569/92, at

“Distriktscentret skal visitere til behandling i specialinstitutionerne og selv forestå metadonunderstøttet behandling”.

Den aktuelle normering for antallet af brugere i ambulant behandling i hvert distriktscenter er sat til 82 (primo 1997).

Valget af behandlingsformer og den daglige tilrettelæggelse af behandlingen og det øvrige arbejde er inden for disse rammer lagt ud til det enkelte distriktscenter. Der skelnes i 569/92 mellem 3 typiske forløb i distriktscentrets indsats for stofmisbrugere:

- *For det første* “stofmisbrugere, hvis situation ikke er særlig kompleks”, og hvor vægten i indsatsen lægges på motivation, nedtrapning og afgiftning. Det angives, at det “herefter er det socialcentrets ansvar, at den sociale situation omkring stofmisbrugeren løses”.
- *For det andet* den gruppe stofmisbrugere, der forventes at være “langt de fleste”, og hvor det er distriktscentrets opgave sammen med socialcentret at “afdække klientens behov” og viderevisitere til en specialinstitution for behandling af stofmisbruget. Der kan visiteres både til kommunale og selvejende specialinstitutioner, og der skelnes mellem fire forskellige målgrupper af stofmisbrugere for disse institutioner: unge; stofmisbrugere med børn og/eller familie, samt gravide; ældre; og endelig HIV-smittede.
- *For det tredje* de stofmisbrugere, der “visiteres til metadonunderstøttet behandling i distriktscentret”, fordi “behandling på specialinstitution for indeværende skønnes nytteløs”.

Udover de nævnte behandlingsmuligheder blev hvert distriktscenter tillagt en såkaldt *enterprisepulje*, som kan anvendes til køb af individuelle behandlingspladser på institutioner eller projekter uden for fast overenskomst med Kommunen. For enterprise-puljemidlerne kan distriktscentrene også på eget initiativ, enten hver for sig eller sammen, etablere særlige behandlingstilbud for grupper af brugere med specielle behov.

Ifølge ny lovgivning på sundhedsområdet¹ med virkning fra 1. januar 1996 skal al metadonbehandling, herunder ordination, udlevering og kontrol, varetages af amterne hhv. Københavns og Frederiksberg kommuner. De praktiserende lægers ret til at udskrive metadon til stofmisbrugere begrænses, således at de ikke uden videre må påbegynde behandling med metadon til stofmisbrugere. Som følge af denne lovgivning understreges distriktscentrenes centrale placering i behandlingen af stofmisbrugere i København yderligere, eftersom det kun er gennem en visitation i et center, at den enkelte bruger kan tildeles metadon - omend selve ordinationen, udleveringen, osv. efterfølgende kan lægges ud i andet regi, herunder fortsættelse af igangværende behandling hos en praktiserende læge. Visitationen af de brugere, der hidtil har fået tildelt metadon gennem egen læge, har været en betydelig arbejdsopgave for distriktscentrene i løbet af 1996. Ud over de nævnte behandlingsinstitutioner er der i løbet af 1996-97 blevet oprettet fire ambulatorier til varetagelse af længerevarende metadon-behandling, hvortil distriktscentrene også visiterer.

Til varetagelse af arbejdet normeredes hvert distriktscenter med 15 medarbejdere, fordelt på leder, stedfortræder, socialrådgivere, psykolog, assistenter (socialpædagoger), faglærere, kontorfunktionærer, lægekonsulent, sygeplejerske og rengøring. Denne bredt sammensatte medarbejderstab lægger op til, at distriktscentrets arbejde tilrettelægges med vægt på den tværfaglige indsats.

¹ Lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning.

2.3. Metadon-tildeling

Som det fremgår af de tre “typiske forløb” for brugerne, forventes tildeling af metadon at udgøre et vigtigt led i distriktscentrenes behandlingsarbejde. For én gruppe brugeres vedkommende tales om *nedtrapning*, for en anden om *metadon-understøttet behandling*. Der er ikke i 569/92 nogen nærmere definitioner af disse to behandlingstiltag, herunder om forskellen mellem dem primært gælder varigheden eller andre forhold. I den nævnte Delrapport 2 (s.27) defineres *længerevarende metadonordination* som “alle ordinationer ud over 6 måneder”. I “Metadonretningslinier for behandlingsinstitutionerne i Københavns Kommune” (oktober 1993) sondres mellem kortvarige afgiftninger (under 3 måneder) og længerevarende metadonbehandling.

Delrapport 2 beskriver, hvordan en række kriterier bør være opfyldt, for at længerevarende metadonordination kan komme på tale. Bl.a. skal brugeren have haft et længerevarende misbrug og afhængighed af opiat, han/hun skal være motiveret for at ophøre med det illegale misbrug, andre behandlingsalternativer skal være udtømte eller utilgængelige, og brugeren skal selv ønske behandlingen. Tilsvarende kriterier fremgår af Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 og Kommunens metadonretningslinjer (1993), hvor de dog betegnes som “vejledende” snarere end “faste”. Pointen synes at være, at længerevarende metadon-ordination er en behandlingsform, som kun iværksættes, hvis der ikke er andre muligheder: anden behandling skal være afprøvet eller være umulig at gennemføre over for den pågældende bruger. Den samme synsvinkel fremgår af definitionen på de brugere, der visiteres til at modtage metadon i distriktscentret, som citeret ovenfor: “stofmisbrugere, der visiteres til metadonunderstøttet behandling i distriktscentret, fordi behandling på specialinstitution for indeværende skønnes nytteløs”. Behandlingsformerne er altså ikke blot forskellige, men *rangordnede* på en sådan måde, at længerevarende metadonbehandling figurerer som den mindst ideelle behandlingsform.

Om metadondosering hedder det samstemmende i Kommunens retningslinjer og Sundhedsstyrelsens cirkulære, at

“Den optimale metadondosis ligger normalt mellem 40-120 mg metadon/døgn, men der er store individuelle variationer. ... Langt de fleste stofmisbrugere kan indstilles på doser mellem 50 og 80 mg”.

Der advares mod for lave doser, som kan gøre mere skade end gavn, fordi brugeren da ikke holdes abstinensfri som tilsigtet og tvinges til fortsat illegalt misbrug. Det påpeges, at

“I praksis fremkommer den valgte dosis som resultat af et klinisk skøn, hvori bl.a. indgår stofmisbrugerens egen vurdering af, hvilken dosis han mener at have behov for” (Cirkulæret, s.10).

Vedrørende *ophør* af metadon-tildelingen skelner Sundhedsstyrelsens cirkulære mellem *planlagte ophør* (terapeutiske afgiftninger), hvilket typisk vil sige nedtrapninger med stoffrihed som mål; og *ikke-planlagte ophør* (administrative afgiftninger), hvor behandlingsinstitutionen gennemfører en nedtrapning af brugerens metadontildeling. De ikke-planlagte ophør kan gennemføres enten ved “manglende udbytte af behandlingen”, eller fordi der er problemer med brugerens adfærd på behandlingsstedet (vold, trusler, stofbrug eller stofsalg på stedet). Kommunens retningslinjer er stort set tilsvarende, omend *planlagte behandlingsophør* i denne forbindelse også omfatter videreførelse af metadontildelingen andetsteds.

“Manglende udbytte af behandlingen” som begrundelse for afbrydelse af metadon-tildelingen påkalder sig umiddelbar opmærksomhed, idet det centrale spørgsmål da må være *hvordan* og *af hvem* dette manglende udbytte skal konstateres. I Sundhedsstyrelsens cirkulære defineres dette manglende udbytte ved “at stofmisbrugeren ikke følger behandlingsplanen, dokumenteret ved regelmæssigt sidemisbrug af opioider, uregelmæssig fremmøde, mv.”. I Kommunens metadon-retningslinjer defineres “manglende udbytte af behandlingen” ikke.

2.4. Kontrol og regler for udlevering af metadon

En stor del af det gennemgåede materiale beskæftiger sig med regler og kontrolforanstaltninger i forbindelse med metadon-behandling. 569/92 omtaler overvejende de ydre omstændigheder for tildeling af metadon i distriktscentrene, nemlig bestemmelser om ordination, udmåling, overvåget indtagelse, kontrol for sidemisbrug (ved periodevise urinprøver og eftersyn for stikmærker), samt tidsrum for udlevering. Metadon-retningslinjerne for behandlingsinstitutionerne i Københavns Kommune (oktober 1993) peger bl.a. på, at

“Længerevarende metadonbehandling er et tilbud omgærdet af en række kontrolforanstaltninger, der så vidt muligt skal sikre, at den ordinerede metadon ikke misbruges eller sælges” (s.5).

Ligeså slår Sundhedsstyrelsens cirkulære (1995) overordnet fast, at “al metadonbehandling forudsætter kontrol” (s.12). Cirkulæret specificerer, at kontrollen først og fremmest drejer sig om *forholdene ved indtagelsen* - med daglig overvåget indtagelse som den mest skærpede form, over daglig apoteksudlevering, til tag-hjem-ordninger (højst 7 dage) som den mest liberale form. Denne kontrol skal sikre, at metadonen bliver taget af den rette person, regelmæssigt og gennem munden (og ikke injiceres). Dernæst retter kontrollen sig mod *misbrug ved siden af metadonen*, hvilket gøres ved at undersøge urinprøver fra brugerne for forskellige misbrugsstoffer, og undersøge brugernes kroppe for stikmærker fra injektioner. Endelig skal der ske en *fremmødekontrol* af brugerne, hvilket betyder dels selve kravet om fremmøde og dermed evnen til at overholde aftaler, dels en vurdering af brugernes adfærd, påvirkethed og fremtoning. Denne fremmødekontrol skal gælde både metadonudleveringen og de kontakter (møder) mellem brugeren og vedkommendes behandler, som bør finde sted mindst en gang om måneden. Omfanget af kontrollen skal være størst i de første 6 måneder af behandlingsforløbet (bl.a. dagligt fremmøde og hyppige urin- og stikmærkekontroller), hvorefter kontrolintensiteten nedsættes, afhængigt af den pågældende brugers funktionsniveau. “Funktionsniveau” defineres ikke nærmere, men der peges på, at

“kontrolforanstaltningerne kan mindskes i takt med, at stofmisbrugerens samlede sociale situation - herunder adfærd, aktivitet og boligforhold - normaliseres og stabiliseres” (s.12).

Kommunens metadon-retningslinjer omtaler på en lignende måde (s.8), at en brugers “fremgang i behandlingen” (overholdelse af plan og aftaler, ikke påvirket ved fremmøde, rene urinprøver, o.a.) kan give adgang til at afhente metadon færre end syv gange ugentlig eller hente det på apoteket. “Udleveringshyppigheden ... bliver dermed primært et pædagogisk og socialt redskab” påpeges det.

Det nævnes i Delrapport 2 (s.25), at “spørgsmålet om kontrol med et eventuelt sidemisbrug er især knyttet til spørgsmålet om eventuelle konsekvenser af et sidemisbrug”. Det nævnes, at sidemisbrug - dvs. et større eller mindre misbrug af et eller flere stoffer ved siden af den tildelte metadon - et velkendt fænomen, og arbejdsgruppen lægger op til en tilbageholdende og fleksibel politik med hensyn til kontrol og indgreb over for sidemisbrug. Under alle omstændigheder vil behandlingsstedets vurdering af en brugers sidemisbrug ofte basere sig på skøn.

Kommunens metadon-retningslinjer tilkendegiver ikke direkte nogen holdning til spørgsmålet om hvilket omfang af sidemisbrug, der kan tolereres. Snarere uddyber retningslinjerne på dette punkt hvordan anvendelsen af kontrol, regelsæt og sanktioner skal ske. Den primære kontrol skal gælde brugernes adfærd, herunder hans/hendes samarbejde om behandlingsplanen. Også urin- og stikmærkekontrol skal integreres i behandlingen, men det skal på forhånd gøres klart, hvad formålet og reaktionerne skal være. Kontrol for kontrollens skyld betegnes som umyndiggørende og stemplende.

Retningslinjerne slår videre fast, at brugerne skal overholde institutionens forskrifter metadon-behandling, og “overtrædelse af disse forskrifter eller regler kan medføre ændringer i eller afbrydelse af behandlingen for kortere eller længere tid” (s.5). Der er udarbejdet et regelsæt, der udgør udgangspunktet for distriktscentrenes brugere i denne forbindelse (vedlagt som bilag nr.1). Brugerne skal ifølge metadonretningslinjer-

ne underskrive regelsættet for at vise at "han/hun har læst, forstået og accepteret" det.

2.5. Handleplaner

I forbindelse med omlægningerne af stofmisbrugerbehandlingen i Københavns Kommune i 1992, hvorunder distriktscentrene blev oprettet, blev det bestemt, at udfærdigelsen og opfølgningen af *sociale handleplaner* skulle være et helt centralt element i behandlingsarbejdet fremover. Det fremgår af 569/92, samt af udvalgsbetænkningen og Delrapporterne, at der var både meget betydelige og meget forskelligartede forventninger til, på hvilke måder handleplansarbejdet ville reformere og forbedre indsatsen over for stofmisbrugerne. Handleplanerne forventedes grundlæggende at opfylde to formål:

For det første var det hensigten, at handleplanen skulle skabe "et gensidigt, forpligtende samarbejde" om indsatsen for den enkelte bruger mellem behandlingssystemet, socialforvaltningen (socialcentret), og den praktiserende læge. 569/92 siger (s.3), at

"Distriktscentret skal have initiativpligt ved udfærdigelse af en handleplan for den enkelte stofmisbruger. Planen skal lægges i samarbejde med socialcentret, der herefter er ansvarlig for gennemførelsen af denne. Integreret i handleplanen er de behandlingsmæssige tiltag, som distriktscentret er ansvarlig for".

Socialcentrets betydning for behandlingsforløbet understreges udvalgsbetænkningen (s.2), hvor det bl.a. siges, at

"Efter udskrivning fra specialinstitution eller andet tilbud er det sagsbehandleren på vedkommende socialcenter, der har ansvaret for efterværn for klienten og dermed det overordnede ansvar/»tilsyn« med det videre forløb, herunder bolig, uddannelse, arbejde, m.v.".

For det andet skulle handleplanen være at ligne med en personlig kontrakt, en individuel aftale om behandling og anden social støtte mellem behandlingsinstitutionen

og den enkelte bruger. Denne funktion er især uddybet i Delrapporterne:

“Et hovedelement i handleplansmetoden er medinddragelse af klienten i alle faser og som “forpligtet aftalepartner”. Stofmisbrugeren skal have mulighed for at indgå i handleplansforløbet og forpligte sig i forhold til handleplanen i størst muligt omfang” (Delrapp.1, s.20).

I november 1994 fremlagde Afdelingen for Særlige Grupper i Socialdirektoratet et særligt skema og Vejledning for Sociale Handleplaner for hele afdelingens område, herunder behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere. Det dobbelt sigte med handleplanen (koordinering af indsatsen og brugerinddragelse) understreges i vejledningen, bl.a. således:

“Perspektivet er at sikre en planlægning i dialog med brugerne, at forenkle sagsarbejdet samt give mulighed for overblik og sagsstyring” (s.3).

Det præciseres, at distriktscentret har initiativpligt ved handleplansarbejdet, mens socialcentret har det overordnede ansvar.

“Det er socialcentrets ansvar, at der udarbejdes en social handleplan ud fra et helhedsbillede af brugerens aktuelle ønsker og situation. ... Det er sagsbehandlerens ansvar, at der sker en opfølgning på fastlagte tidspunkter” (s.8).

Til trods for fokuseringen på koordinering og integration af indsatsen fremgår det også af vejledningen til handleplansarbejdet, at indsatsen for stofmisbrugere stadig grundlæggende er tænkt i to trin: Først et behandlingsforløb over for stofmisbruger, hvor behandlingsinstitutionen er ansvarlig; efter udskrivning er det socialcentrets ansvar, at der “ydes “efterværn” i form af bistand til bolig, uddannelse, beskæftigelse, m.v.” (Vejledn., s.9). Dette synes at lægge op til en tidsforskudt arbejdsdeling snarere end en kontinuerligt integreret indsats.

2.6. Konsekvens i behandlingen

Som et underpunkt i forbindelse med udarbejdelsen af handleplaner blev det på et tidligt tidspunkt defineret, at den enkelte plan skulle indeholde mulighed for konkret at aftale, hvilke *konsekvenser* et brud på aftalen fra brugerens side ville få for ham / hende. Brugen af tvangselementer i behandlingen af stofmisbrugere omtales både i Delrapporterne og i udvalgsbetænkningen, men det afvises af et flertal til fordel for frivillig og aktiv medvirken af stofmisbrugeren for at sikre den bedst mulige motivation for behandlingen. Til gengæld blev det i forbindelse med vedtagelsen af 569/92 fastslået, at "konsekvens i behandlingen" er et hovedprincip i behandlingen af stofmisbrugere i Københavns Kommune:

"Konsekvens i behandlingen betyder, at en handleplan skal udarbejdes, og det af denne bl.a. fremgår, hvilke konsekvenser en afbrydelse af behandlingen skal have", (pressemeddelelse fra Borgmesteren 19.3.1992 vedrørende 2. Delrapport).

Den 2. Delrapport omfatter bl.a. "Arbejdsgruppens forslag til konsekvens i behandlingen af stofmisbrugere med udgangspunkt i en handleplansorienteret samarbejdsmodel", hvori det bl.a. hedder (s.34), at

"...konsekvenser skal være en del af en samlet pædagogisk strategi ... Redskabet er en handleplan ... I handleplanen aftales, hvad der skal ske (konsekvens), hvis foranstaltningerne ikke kan gennemføres, for eksempel hvis behandlingen afbrydes før den aftalte tidsperiode".

I Delrapport 2's afsnit om "Kontrolforanstaltninger" siges det bl.a.:

"De aftalte konsekvenser ved aftalebrud skal stå i handleplanen. Som eksempler på konsekvenser ved et længerevarende, stort sidemisbrug kan nævnes: Overførsel fra ambulant behandling til døgnregi,

udelukkelse fra behandling i en periode" (s.26).

Bortset fra eksemplet med afbrydelse af behandling er der tydeligvis vanskeligheder med at definere, hvad konsekvens *er* - bortset fra, at det indebærer en form for straf for brugeren. Den centrale pointe er dog fortsat, at konsekvenser skal være individuelt definerede og nedskrevet i handleplanen. I den nævnte Vejledning til Sociale Handleplaner (1994) understreges sammenhængen mellem "konsekvens" og handleplansarbejdet yderligere, idet det nævnes at

"Konsekvensen af en manglende overholdelse af aftalen kan være en justering af aftalegrundlaget eller en ophævelse af aftalen" (s.7)

- hvilket må antages at betyde en ny handleplan. Det fremgår ikke klart, om "manglende overholdelse af aftalen" refererer til såvel bruger som behandlingsinstitution og socialcenter.

2.7. Behandlingens formål og indhold

Det fremgår af udvalgsbetænkningen i tilknytning til 569/92, herunder mindretals-tilkendegivelserne, at metadontildeling på tidspunktet for distriktscentrenes oprettelse fortsat var en omdiskuteret behandlingsform. Det understreges, at tildeling af metadon kun kan ske som led i en handleplan (se ovenfor). Denne sammenkædning af metadon med anden behandlingsindsats havde den nævnte Arbejdsgruppe også lagt vægt på, og den skriver således i Delrapport 1, s.27:

"Arbejdsgruppen har taget som udgangspunkt, at metadon nu er et accepteret middel i behandlingen af stofmisbrugere, dog således at forstå at metadon aldrig kan stå alene i behandlingen" (orig. understr.).

Herefter diskuterer rapporten dog primært problemer i forbindelse med ordination og kontrol med den tildelte metadon. Det bemærkes dog (s.28), at "... behandlingstilbud til stofmisbrugere sker med udgangspunkt i ... et socialpædagogisk / socialfagligt

tilbud”, hvor den medicinske behandling (herunder metadon) er et *supplerende* tiltag. Det er derfor her vigtigt nærmere at indkredse, hvad behandlingen, der omfatter metadon, har for formål og indhold.

Sundhedsstyrelsens cirkulære (12. december 1995) har følgende karakteristik af behandlingens formål:

“I det omfang metadon anvendes i behandlingen af stofmisbrugere, sker det derfor som en integreret del af den samlede indsats, der retter sig mod stofmisbrugernes samlede behandlingsbehov.

En længerevarende behandling af en stofmisbruger med metadon har i kombination med psykosocial støtte som formål at stabilisere stofmisbrugerens daglige tilværelse, at bringe brugen af illegal fremskaffet medicin eller stof til ophør samt at hjælpe stofmisbruger til personlig udvikling og evt. til stoffrihed” (s.9).

Man kan således sige, at der opereres med kortsigtede formål - stabilisering, ophør med misbrug ved siden af metadonen - og mere langsigtede - personlig udvikling, stoffrihed. *Hvad* den personlige udvikling kan gå ud på, og *hvordan* disse mål nås, beskrives derimod ikke.

Socialministeriets vejledning (14. december 1995) om Bistandslovens bestemmelser om social indsats for stofmisbrugere beskriver *målsætningerne* for behandlingen lidt nærmere:

“... for den enkelte misbruger [må der] arbejdes med graduerede målsætninger i behandlingsforløbet, som hen ad vejen må justeres sammen med misbruger. Disse målsætninger bør starte ud fra overordnede mål om at forbedre funktionsniveau og livskvalitet.

Som eksempler på graduerede mål i behandlingsforløbet kan nævnes stabilisering af misbruget, ophør af kriminell adfærd, behandling af

fysiske eller psykiske lidelser, opbygning af selvværd, (gen-)etablering af familie- og andre netværk, beskæftigelseskvalificering samt støtte til egen bolig” (s.14).

Videre fremhæver vejledningen (s.14-15) efterbehandling og integration af misbrugere, der har opnået stoffrihed: opfølgning med sociale tilbud og støtte, herunder til opbygning af et socialt netværk, fx ved deltagelse i selvhjælpsgrupper, samt støtte til uddannelse, job, m.v. Der peges også på værdien af at inddrage tidligere misbrugere (især i efterbehandling) og pårørende i behandlingsforløbet, samt opkvalificering af medarbejdere gennem introduktions- og efteruddannelse samt supervision.

Vejledningen nævner således hvilke problemfelter behandlingsindsatsen kan rettes mod, men der redegøres ikke for hvilke forventninger, der kan stilles til karakteren og indholdet af behandlingsarbejdet som sådan - hvad der skal gøres, så at sige.

At metadon-tildeling har til formål at stabilisere stofmisbrugerens tilværelse (nedsat dødelighed, forbedret sundhedstilstand, formindsket kriminalitet) som afsæt for det fortsatte behandlingsarbejde, fremgår også af 569/92 (Udvalgsbetænkningen, s.9) vedrørende oprettelsen af distriktscentre. Bortset fra bestemmelserne vedrørende metadon og handleplaner, som er omtalt i det foregående, er omfanget og karakteren af distriktscentrenes øvrige behandlingsarbejde ikke i særlig høj grad beskrevet hverken i 569/92 eller i Arbejdsgruppens delrapporter. 569/92 begrænser sig til at nævne, at distriktscentre har åbent kl.11-15 for ”øvrige” og ”almindelige” aktiviteter, der beskrives som

“de socialpædagogiske tiltag, som er en nødvendig del af den metadonunderstøttede behandling” (s.4).

Den nærmere sammenhæng mellem metadon-tildelingen og de socialpædagogiske tiltag fremgår ikke, og det er bemærkelsesværdigt, at begge dele omtales som sekundære og understøttende, nemlig som “metadonunderstøttet behandling” hhv. “understøttende anbefalede supplerende behandlingsforanstaltninger” til metadon

(Udvalgsbetænkning 569/92, s.2 og 3).

På samme måde som Socialministeriets vejledning (se ovenfor) nævner Arbejdsgruppens 1. delrapport hvilke problem-felter, der kan være aktuelle at beskæftige sig med i behandlingen:

“Den enkelte stofmisbruger fremtræder ofte med problemer af personlighedsmæssig og social karakter, samtidig med at stofmisbruget og den deraf betingede livsførelse har haft fysiske og psykiske konsekvenser for helbredet. Dette indebærer, at der er brug for en bred vifte af behandlingstiltag. Det drejer sig i hovedsagen om en socialpædagogisk indsats tilknyttet lægelig og psykologisk bistand. Samtidig er det væsentligt, at der koordineres med et tilbud om relevante sociale ydelser” (s.14).

Disse overvejelser kan også ses udtrykt i distriktscentrenes brede personalemæssige sammensætning, jf. tidligere. Det angives imidlertid også, at for nogle stofmisbrugere må forventningerne til indsatsen begrænses til en ret umiddelbar hjælp på kort sigt - det vil sige omsorgsydelser:

“Omsorgsmæssige foranstaltninger må anses som en integreret del af behandlingen og kan for visse stofmisbrugere være et alternativt tilbud til behandlingen, hvor relevante behandlingstiltag ikke kan ydes på grund af stofmisbrugerens manglende samarbejdsevne, helbredsmæssige tilstand eller atypiske problemkompleks i øvrigt” (s.14-15).

Endelig anføres det, at

“Behandlingsinstitutionerne skal ... bruge deres faglige ressourcer til at skabe udviklingsmuligheder for den enkelte stofmisbruger. De ressourcer, stofmisbrugerne har i form af intellekt, personlighed, interesser, bolig, familie og motivation, skal de tilbydes mulighed for at bruge til at etablere et socialt acceptabelt liv” (s.16).

Bortset fra disse generelle betragtninger er der ikke nogen angivelser af, hvilke konkrete udformninger behandlingsarbejdet skal have. Det er dermed i høj grad op til det enkelte distriktscenter at fortolke, tilrettelægge og udføre denne opgave.

2.8. Brugerønsker til behandlingen

Som led i planlægningen af behandlingssystemets fremtidige opbygning indkaldte den tidligere omtalte Arbejdsgruppe i april 1991 til en Brugerkonference. Et antal tilfældigt udvalgte brugere var blevet inviteret til konferencen, og 53 mødte frem. De blev bedt om at give udtryk for deres synspunkter vedrørende fire spørgsmål: Forholdene på døgnbehandlingsinstitutioner, forholdet mellem ambulant behandling og døgnbehandling, håndteringen af metadon-behandling, samt brugen af tvang i behandlingen.

I betragtning af den generelt store variation i stofmisbrugerets situation og erfaringer med behandling, er det ikke overraskende, at der ikke var enighed blandt brugerne på konferencen om de stillede spørgsmål. Der er således flere forskellige synspunkter på metadon-tildeling og kontrol med sidemisbrug - dog ønskede en del brugere mere kritiske vurderinger af, hvem der blev tilbudt metadon, og især en tilbageholdenhed med metadon til unge. Blandt de øvrige synspunkter, som brugerne på konferencen i 1991 fremførte, er følgende særligt relevante i sammenhæng med denne undersøgelse:

- der er brug for forskellige behandlingsformer og for fleksible overgange mellem dem
- der er brug for styrkelse af efterbehandling og udslusning
- der er brug for bedre information om behandlingstilbud og -muligheder
- behandlingen skal tilrettelægges individuelt og som del af en større (fremadrettet) plan, ikke mindst vedrørende metadon
- der er brug for bedre samarbejde mellem de berørte instanser (behandlingsinstitutioner, socialcentre, politi, kriminalforsorg, o.a.)
- der ikke skal være tvang i behandlingen, men klare regler og mulighed for at

aftale konsekvenser.

Disse synspunkter indgik i det grundlag, som Arbejdsgruppen dannede sig, og flere af punkterne blev søgt imødekommet bl.a. ved indførelse af sociale handleplaner. Det er helt oplagt, at synspunkterne fra brugerne i 1991 inddrages som en del af udgangspunktet for denne undersøgelse af brugernes erfaringer med distriktscentrene 1996-97.

2.9. Opsummering og diskussion

Distriktscentrene har en helt central placering i det københavnske behandlingssystem for stofmisbrugere: Dels hvad angår den generelle visitering til behandlingssystemet, hvor distriktscentret er indgangsporten; dels - som det er blevet uddybet i dette kapitel - hvad angår de brugere, der modtager metadon som en del af deres behandling for stofmisbrug. Med hensyn til metadon-behandling er distriktscentrene i kraft af den nye lovgivning på området (fra 1. januar 1996) kommet endnu mere i fokus, eftersom alle forløb med metadon-behandling fremover skal tage afsæt i en visitation i distriktscentret. Omvendt kan oprettelsen af fire (evt. flere) ambulatorier til længerevarende metadonbehandling i Kommunen blive anledning til at fokusere på andre behandlingsformer i distriktscentret.

En række problemstillinger og forskellige synsvinkler på stofmisbrugsbehandling kan udledes af gennemgangen i dette kapitel, og de væsentligste skal opsummeres her.

På den ene side kan man tale om intentionen om at se på stofmisbrugerens situation som en helhed. Der synes at være bred enighed om det generelle udgangspunkt, at stofmisbrugerens tilværelse typisk rummer mange komplekse problemer (fysisk, psykisk, socialt), der griber ind i hinanden. Behandlingsindsatsen må rette sig mod disse problemer i sammenhæng, og der kan være brug for at trække på mange forskellige faggruppers ekspertise. Denne indfaldsvinkel kommer til udtryk i forarbejderne til og vedtagelsen af distriktscentrenes arbejdsopgaver og sammensætningen af medarbejderstaben; det samme grundsynspunkt er blevet anført som begrundelse for den nævnte ny lovgivning på området fra 1.1.1996.

I overensstemmelse med dette fokus på stofmisbrugerens situation som helhed har man søgt at fremme samarbejdet mellem forskellige relevante sociale instanser - især socialcenter og distriktscenter - ved at indføre den sociale handleplan. Planen er tænkt som en individuel forankring af behandlingsarbejdet og en kontrakt mellem de berørte parter, herunder brugeren selv. Dette skal bidrage til at sikre en kontinuerlig og sammenhængende indsats.

Endelig understreges det flere gange - både i distriktscentrenes arbejdsgrundlag og senest i forbindelse med lovændringen pr. 1. januar 1996 - at tildeling af metadon blot skal indgå som ét led i en samlet behandlingsplan, der omfatter andre, fx socialpædagogiske tilbud. Eller som det hyppigt udtrykkes: "Metadon må ikke stå alene". Det underliggende synspunkt er her, at eftersom metadon ikke er behandling af stofafhængigheden i sig selv, men nok kan bidrage til stabilisering og forbedring af stofmisbrugerens aktuelle situation, må der yderligere tilbud og behandling til for at skabe videre ændringer.

Én gennemgående tendens i materialet er således en understregning af, at indsatsen i behandlingen skal have sammenhængene i stofmisbrugernes problemer og tilværelse for øje, og at indsatsen skal være fremadrettet. Som det fremgår, er dette også en grundlæggende interesse i brugernes ønsker til behandling, jf. Brugerkonferencen.

På den anden side rummer det materiale, der er gennemgået i dette kapitel, flere eksempler på, at fokuseringen på sammenhængene og helheden ikke fastholdes, når behandlingsindsatsen skal beskrives nærmere.

I forbindelse med handleplansmodellen forudsættes således på den ene side et tæt samarbejde mellem distriktscenter og socialcenter i hele behandlingsforløbet - men på den anden side tænkes der stadig i en opdeling af egentlig stofmisbrugsbehandling, som distriktscentret er ansvarlig for, og efterbehandling, som er socialcentrets ansvar. Dette lægger op til, at først sættes ind mod stofmisbruget, derefter mod alle øvrige sociale o.a. problemer. "Efterbehandling" bliver dermed noget, der er uafhængigt af og

uvedkommende for behandlingen for stofmisbruget som sådan. Men det forudsættes samtidig, at socialcentre og andre relevante instanser (fx i forbindelse med revalidering, uddannelse) råder over den fornødne indsigt og ressourcer til at bistå nyligt afvænnede stofmisbrugere.

Det mest tydelige eksempel på et misforhold mellem de overordnede intentioner og de praktiske overvejelser om behandlingsindsatsen gælder metadon. Der er en modsætning imellem forskellige signaler om hvilken betydning metadon tillægges. På den ene side er der *nedtoningen* af metadonens placering i behandlingen: understregningen af, at metadon ikke må stå alene som behandlingstilbud, men skal følges af (eller endog kun er et supplement til) socialpædagogisk o.a. behandling. På den anden side er det helt åbenbart, at der *gøres langt flere og mere detaljerede overvejelser* om metadon end om nogen anden del af behandlingen. I det omtalte materiale redegøres der udførligt for regler og rammer for ordination, udlevering og kontrol i forbindelse med metadonbehandling. Det gælder ikke blot hvem, der skal have metadon, men også hvordan, hvornår, hvor meget og hvor længe, og under hvilke betingelser (bl.a. kontrol med sidemisbrug). Derved fremstår metadon uvilkårligt som centralt i behandlingen - som den del, der tillægges størst vægt, eller som det i hvert fald skønnes mest nødvendigt at specificere kravene til.

I kontrast hertil beskrives de resterende dele af behandlingsarbejdet ret forbigående. I forarbejderne til og beslutningen om distriktscentre er forventningerne til centrenes behandlings- og rådgivningsindsats for brugerne fortrinsvis beskrevet i helt overordnede vendinger. Det fremhæves, at behandlingen skal tilrettelægges individuelt, og dette kan synes at indebære den opfattelse, at der ikke kan eller skal gøres videre, generelle overvejelser om selve behandlingsarbejdets karakter, indhold og organisering.

Samtidig fremgår det også, at i hvert fald den længerevarende metadon-behandling ikke blot betragtes som en behandlingsform på linje med andre, men som en behandling, der - principielt - kun tages i anvendelse, når andre muligheder er afprøvet uden held eller er utilgængelige. I behandlingssystemet skal metadontildeling således fungere som residual-behandling (dvs. "for restgruppen") - helt uanset hvor stort et antal brugere,

der faktisk modtager denne behandling, og hvilken betydning, den har for dem. Det er nærliggende at overveje en sammenhæng mellem metadontildelingens placering som den mindst ideelle behandlingsløsning og fraværet af generelle overvejelser om denne behandlings karakter og indhold. Det er også nærliggende at kæde det sammen med den fortsatte, til dels underforståede, opdeling af indsatsen i (1) arbejdet med misbruget og stof-afhængigheden og (2) den videre socialfaglige indsats. Det fremgår, at det andet fortsat anses for uhåndterligt før det første er løst.

Spørgsmålet er da, hvilke forventninger til virkningen af metadonbehandlingen, der gør sig gældende. Det umiddelbare formål med at tildele metadon er at afløse brugen af illegale, opioide stoffer - i praksis som regel heroin - med en tilpasset mængde lovlig metadon, så brugeren fritages for abstinenser. Derved fritages han/hun for at skulle skaffe sig de illegale stoffer, og dermed for den kriminalitet og andre skadevirkninger, som livet som aktiv stofmisbruger almindeligvis fører med sig. Ud fra denne betragtning følger det, at brugen af stoffer ved siden af metadonen - "sidemisbrug" - står i modsætning til tildeling af metadon, hvorfor der lægges vægt på at kontrollere for dette sidemisbrug. Denne funktion fremtræder da som et centralt behandlingsmæssigt indslag i sig selv.

Det fremgår bogstaveligt af Sundhedsstyrelsens cirkulære, men i øvrigt også af det andet gennemgåede materiale, at *kontrol* regnes som en forudsætning for metadontildeling: kontrol med indtagelse, kontrol med sidemisbrug, og kontrol med god effekt af metadontildelingen (fremmøde, adfærd, osv.). Forudsætningen for kontrol i sig selv - *hvorfor* den skønnes nødvendig - specificeres derimod sjældent i nogen større grad. Kommunens metadonretningslinjer peger som nævnt på, at kontrolforanstaltningerne "så vidt muligt skal sikre, at den ordinerede metadon ikke misbruges eller sælges". Kontroltiltag bygger således på en erfaring eller forventning om, at metadonen *vil* blive misbrugt: At den vil blive købt og brugt af andre end dem, den er tildelt; at den vil blive injiceret i stedet for drukket; at den ikke vil erstatte illegale stoffer, som fortsat vil blive taget ved siden af; at tildelingen ikke har den ønskede stabiliserende effekt for brugeren; osv. Der åbnes op for, at omfanget af kontrollen efterhånden kan tilpasses den enkelte bruger. Men motivet til kontrollen er som udgangspunkt er den *generelle*

forventning om - eller frygt for - at metadonen vil blive misbrugt. Denne kollektive, negative forventning til brugernes adfærd ligger således indbygget i selve tilrettelæggelsen af metadon-behandlingen.

Endelig skal det nævnes, at spørgsmålet om "konsekvenser" som led i behandlingen står noget uafklaret tilbage. I 1992 blev "konsekvens i behandlingen" præciseret som et princip for behandlingsarbejdet: typisk at den enkelte brugers manglende overholdelse af indgåede aftaler om behandlingen kunne medføre konsekvenser, med afsæt i hvad der var aftalt og nedfældet i den individuelle handleplan. Kun overførsel til en anden institution, øget kontrol, eller udskrivning fra behandling blev nævnt som mulige, konkrete konsekvenser. Imidlertid fastsætter Sundhedsstyrelsens cirkulære nogle retningslinjer for netop udskrivning af behandling (kaldet "ikke-planlagte ophør" og "administrative afgiftninger") som en følge af enten manglende udbytte af behandlingen eller problemer med brugerens adfærd på behandlingsstedet. Det fremstår herefter uklart, hvordan forholdet mellem konsekvenser som led i en individuel aftale og udskrivning fra behandling som generel sanktionsmulighed skal forstås. Til billedet hører også, at udskrivning fra behandling i dag reelt har langt mere vidtrækkende betydning for brugere i metadon-behandling end tidligere, da man kunne søge at få metadon tildelt gennem en praktiserende læge. Denne mulighed er brugerne afskåret fra efter den omtalte lovændring fra 1.1.1996. I modsætning til overvejelserne om "konsekvenser" som en form for afstraffelse af brugerne, omtaler Vejledningen vedrørende sociale handleplaner (1994) som nævnt "konsekvenser" mere åbent, nemlig som anledning til at omarbejde handleplanen.

Kapitel 3

Behandlingsarbejdet i distriktscentrene

Mens kapitel 2 var en gennemgang af baggrunden, det formelle grundlag for distriktscentrenes arbejde, fremlægges i dette kapitel hvordan behandlingsarbejdet udføres i praksis: hvordan distriktscentrene har valgt at fortolke den opgave, der er stillet til dem, og hvordan de har indrettet behandlingen. Denne beskrivelse baserer sig på (1) oplysninger indsamlet under ophold i centrene, herunder interviews og samtaler med ledelse, medarbejdere og brugere; (2) observationer, der ofte har givet anledning til løbende at stille spørgsmål; samt i mindre omfang (3) gennemgang af diverse udleverede papirer, aktivitetsplaner, regelsæt, o.s.v.

Det skal understreges, at formålet med denne gennemgang ikke er at levere en detaljeret analyse af alle dele af distriktscentrenes arbejde og måden, dette er tilrettelagt på. Hensigten er snarere at give et overblik over behandlingsaktiviteterne i centrene. Dette kapitel omhandler derfor kun det egentlige, direkte brugerrettede *behandlingsarbejde* i centrene, hvilket fortrinsvis - men ikke udelukkende - vedrører de brugere, der er indskrevet til behandling, der omfatter metadon-tildeling. Distriktscentrenes mange andre funktioner - såsom de forskellige opgaver i forbindelse med visitationer, det løbende tilsyn med brugere i behandling andetsteds, samarbejdet med andre institutioner, administrationsarbejde, etc. - er ikke omfattet af denne beskrivelse.

Distriktscentrenes arbejde ændrer sig løbende, og har også mærkbart gjort det i løbet af denne undersøgelses forløb (1996). Disse ændringer udspringer af både af eksterne og interne forhold. Der har været et fortsat stigende pres fra behandlingssøgende stofmisbrugere - ikke mindst i kraft af den nye lovgivning om metadon-tildeling, der har sat stærkere fokus på distriktscentret som visitations- og behandlingssted for metadon-brugere. Hertil kom præciseringen (medio 1996) af ikke at acceptere ventelister til metadonbehandling i distriktscentrene i Københavns Kommune. Klient-normeringen pr. distriktscenter er sat til 82, men samtidig er der under hensyntagen til, at der ikke må forekomme ventelister, indskrevet flere. Omkring årsskiftet 1996-97 var der således ca.

100 indskrevne i DCVestre og DCNordre, knap 90 i DCAmager og 80 i DCIndre. Størstedelen af disse brugere møder dagligt for at få metadon i centret. Flytninger til mindre (DCVestre) hhv. større (DCNordre) lokaler, med dertil knyttede ombygninger, har også præget billedet. Interne forhold i centrene indbefatter de løbende beslutninger om ændringer i og prioriteringer af behandlingstilbudene. Der er i øjeblikket (primo 1997) drøftelser i gang i både Socialdirektoratet og i centrene om tilpasninger og ændringer af distriktscentrenes arbejde fremover. Det, der er tilstræbt at beskrive i dette kapitel, er situationen i løbet af 1996.

3.1. Rammer for arbejdet

Som beskrevet i kapitel 2 er de primære behandlingsmæssige opgaver i distriktscentre-
ne er at forestå metadon-tildeling, at lave socialpædagogisk behandling og yde andre faglige behandlings- og rådgivningstilbud.

Den formelle ramme for distriktscentrenes behandlingsarbejde med den enkelte bruger er de *socialle handleplaner*. Centrene har en noget forskellig brug af de sociale handleplaner i behandlingen. I DCAmager og DCVestre tilstræbes det at anvende handleplanerne som oprindeligt tiltænkt, nemlig på én gang som konkret, pædagogisk værktøj i arbejdet med den enkelte brugers mål, og som ramme om samarbejdet med socialcentret og eventuelt andre instanser. DCAmager angiver, at man som udgangspunkt bruger det særlige handleplans-skema, som så udbygges eller uddybes som nødvendigt efterhånden. Handleplanen revideres som hovedregel ca. halvårligt i forbindelse med regelmæssig gennemgang af klientsager, men i øvrigt individuelt efter behov, og særligt ved ændringer, der kræver information til socialcentret. Noget tilsvarende gør sig gældende overfor DCVestre, der i øvrigt fremhæver handleplanen som socialpædagogernes område, mens fx socialrådgiverne og lægen hver især beskriver deres behandling af klienterne mere specifikt. Handleplanen beskrives som en individuel aftale om behandlingen, men det siges også, at der er risiko for udvanding og rutine-gørelse af handleplanen som instrument i det daglige. Alle klientsager gennemgås mindst hver 3. måned; handleplanen revideres ikke nødvendig-

vis da, men efter individuelt behov. I DCNordre og DCIndre har handleplanen fået en mere generel betydning, og er ikke direkte knyttet til behandlingen i det daglige, hvor mere detaljerede *behandlingsplaner* spiller en større rolle. DCNordre fremhæver handleplanens betydning som en formssag over for socialcentret, hvis der er økonomiske forhold i klientens sag, som socialcentret er involveret i; handleplanen spiller derimod en mindre rolle som arbejdsredskab i behandlingen i distriktscentret. Behandlingsplanerne evalueres løbende og mindst hver 3. måned efter et særligt statusskema (faste punkter, der skal vurderes); handleplaner evalueres inden for 6 måneder afhængigt af socialcentrets involvering. I DCIndre er der forskellige opfattelser af handleplanen som arbejdsredskab, men generelt betragtes handleplanen som en langsigtet, overordnet ramme, som ikke mindst kan være væsentlig i forhold til socialcentret. Internt arbejdes der fortrinsvis efter en mere uddybende behandlingsplan, der typisk rummer de mere kortsigtede, taktiske behandlingsmål. Handleplanerne revideres mindst en gang om året; behandlingsplaner revideres løbende efter behov: DCIndre har en daglig, fælles evaluering af en enkelt klient, således at alle klienter bliver gennemgået set over en ca. 3 måneders periode. Her besluttet behovet for eventuel grundigere sagsevaluering.

Fælles for distriktscentrene er det, at den første handleplan som regel udarbejdes inden for de første 2-3 måneder, i takt med at behandlernes kendskab til den pågældende bruger øges. Behandlingen afventer således ikke handleplanen, men påbegyndes med det samme efter indskrivning. Uanset ovenstående forskelle mellem centrenes brug af handleplanen er det også tydeligt, at der er store individuelle forskelle i opfattelsen og brugen af handleplanerne, både hvad angår behandlerne og brugerne. (Se også kapitel 4 og 5).

Endelig er det værd at bemærke, at alle centrene fremhæver at handleplanerne kan have betydning i forhold til kontakten til og samarbejdet med socialcentret. Det er imidlertid også tydeligt fra samtaler med socialrådgivere og andre i centrene, at der er meget forskellige relationer til og erfaringer med socialcentrene vedrørende handleplanerne. Dette emne belyses yderligere af spørgeskema-undersøgelsen til behandlerne i distriktscentrene (se kapitel 5). Desuden har Socialdirektoratet iværksat en

opfølgingsundersøgelse af arbejdet med de sociale handleplaner på området, med inddragelse af såvel distrikts- som socialcentre.

3.2. Regelsæt for brugerne

Som betingelse for at opnå tildeling af metadon i distriktscentret kræves det af brugeren, at han/hun underskriver centrets regelsæt, som hovedsageligt vedrører metadon-udlevering. Dette er i overensstemmelse med de retningslinjer Socialdirektoratet har udsendt, og som omtales i kapitel 2. Regelsættet udgør en grundlæggende aftale, og går altså forud for udarbejdelsen af handleplaner, osv. Centrenes regelsæt er tilføjet som bilag nr. 2 - 4, og som det fremgår, er der stor lighed mellem dem. Weekend-lukningen i distriktscentre, som påbegyndtes i oktober/november 1996 er ikke indarbejdet i disse regelsæt. DCVestre gør brug af de fælles grundregler, der er fastsat af Socialdirektoratet, mens de øvrige er videreudviklinger / uddybninger deraf. Det bemærkes, at DCIndre har udviklet retningslinjer, der nærmere beskriver muligheden for "tag-hjem-ordning", dvs. at få udleveret metadon til brug over to eller flere dage, og centret har endvidere beskrevet nogle træk af behandlingen på centret i øvrigt (udover metadon) - disse oplysninger udleveres også til brugerne. DCNordres regelsæt omfatter også en smule i retning af at beskrive behandlingen. I øvrigt er der omtalt regler vedrørende at møde påvirket eller beruset i centret. DCVestre oplyser, at man tidligere ud over regelsættet havde en husorden, der beskrev aktiviteter og muligheder i centret, men at disse pt. er uaktuelle på grund af lokaleforholdene i centret. Regelsættet fra DCAmager er på nogle punkter skærpet i forhold til de øvrige: Kravet om, at anvisninger fra medarbejderne skal følges, knyttes eksplicit sammen med den mulige sanktion, at metadon-tildelingen ophører; ligesom DCAmager som det eneste center skriver, at "misbrug af metadonen og andre stoffer kan medføre, at metadonen standses". Ud over dette regelsæt er retningslinjer for hjemtagning af metadon, ferie m.m. tilgængelige i DCAmager.

Det er genstand for løbende overvejelser i centrene, hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer regler for fx adgang til at tage metadon med hjem til nogle dage, eller

sanktioner over for sidemisbrug eller regelbrud. Kort fortalt gælder diskussionen på den ene side hensynet til fleksibilitet i reglerne, der muliggør individuel tilpasning, og på den anden side ønsket om ensartede og faste regler for alle brugere, så man undgår tilsyneladende vilkårlighed, og stridigheder mellem brugere og behandlere. DCIndre har som det eneste center eksplicit valgt den sidste strategi, således at man har tilstræbt at formulere fælles, klare regler for alle brugere, mens de øvrige distriktscentre har valgt den første strategi, således at vurderingen af den enkelte brugers situation er afgørende.

Centrene har også diskuteret regler for udskrivning af brugere fra behandling i en periode, typisk som reaktion på brud på institutionens regler. En arbejdsgruppe med tilknytning til distriktscentrene fremlagde i begyndelsen af 1996 et notat vedrørende udskrivning af klienter fra centrene (se bilag nr.5). Notatet præciserer, at der er tale om tidsbegrænsede udskrivinger, dog minimum en måned, *efter* nedtrapning af metadondosis over max. en måned. Kriterierne for disse udskrivinger deles i "absolutte" (vold, trusler om vold, stofindtagelse i institutionen, stofhandel, hærværk, tyveri i institutionen eller nabolaget) og "relative" (manglende udbytte af behandlingen, gentagen fremmøde i påvirket tilstand, etc.). Det tilføjes, at sidemisbrug aldrig i sig selv kan være udskrivningsgrund, men at vedvarende sidemisbrug af opioider (typisk heroin) dog kan medføre, at metadontildelingen afbrydes. Centrene har efterfølgende givet udtryk for, at disse regler har været vanskelige at fortolke og omsætte i praksis. Muligheden for udskrivning som følge af vold, trusler, stofhandel, etc. søges opretholdt i centrene, mens udskrivning som følge af "manglende udbytte af behandlingen" kommer i konflikt mellem forskellige hensyn. Centrene giver udtryk for, at de på den ene side ønsker at fastholde behandlingsmål om fx nedtrapning eller ophør med sidemisbrug, på den anden side nødt vil udskrive brugeren alene på grundlag af, at målet ikke nås. Den praksis, som centrene søger i sådanne situationer, er at overføre brugeren til en anden behandlingsinstitution.

Sanktioner / konsekvenser over for brugerne iværksættes ikke typisk som reaktion på en brugers manglende overholdelse af den lagte behandlingsplan, og aftaler om konsekvenser indgår typisk ikke i behandlingsplanen. Snarere anvendes sanktioner i

praksis dels i forbindelse med kravet om at møde upåvirket og til tiden, dels i forbindelse med brud på regler for adfærd i og ved centret eller ved aktiviteter uden for centret. Metadontildelingen kan begrænses eller helt nægtes den pågældende dag, hvis brugeren møder for sent eller er påvirket af stoffer eller alkohol. At henvise en bruger til at hente sin metadon på et apotek, således at han/hun ikke skal (må) komme i distriktscentret, er en foranstaltning, der er har været anvendt som reaktion på adfærd, der ikke accepteres. Blandt andre eksempler på sanktioner kan nævnes udelukkelse fra at deltage i et eller flere arrangementer eller aktiviteter; henvisning til at komme på et særligt tidspunkt for at hente sin metadon (uden for sædvanlig åbningstid om formiddagen); samt inddragelse af morgenkaffen til alle brugere i centret i en periode. Formålet med disse sanktioner er at indskærpe overholdelse af reglerne for adfærd i og ved centret.

3.3. Metadonudleveringen

Uddeling af metadon til de indskrevne brugere foregår hver formiddag i distriktscentre-
ne, almindeligvis mellem kl. 9 og 10.30 eller 11. Hver center har et udleveringsskranke
i et særligt lille rum i tilknytning til et venterum med siddeplads til mellem 12 og 25
brugere (mindst i DCVestre og størst i DCAmager). Fremmøde til metadon-udlevering
på ugens fem hverdage er obligatorisk for størstedelen af de indskrevne brugere i
centrene. Et mindre antal brugere har aftaler om at møde fx hver anden dag, eller de
modtager metadon på apoteket. En del brugere begrænser deres ophold i centret i
forbindelse med udlevering, og går igen så snart de har fået deres metadon. Andre -
vel nok de fleste - bliver gerne siddende et stykke tid og drikker en kop kaffe eller
lignende; DCNordre tilbyder desuden en portion morgenmad. Antallet af daglige
brugere, der henter metadon i centrene, ligger på 50-80 mennesker, og særligt hen mod
slutningen af åbningstiden er der en del trængsel og en noget hektisk stemning i
udlevering og venterum. Brugere sørger indbyrdes for at komme til i den rækkefølge,
de ankommer; og bortset fra lejlighedsvis diskussioner mellem brugerne, eller mellem
brugere og personale fx om aftaler om metadon-dosis til hjemtagning, foregår udleve-

ringen af metadon som regel rutinemæssigt og stilfærdigt. De ansatte lægger gennemgående stor vægt på at opretholde denne "ro og orden" i udleveringen.

Selve metadon-udleveringen er omdrejningspunkt for de fleste brugeres forbindelse til distriktscentret. Den daglige, uformelle kontakt mellem brugere og ansatte i forbindelse med udleveringen varierer en del, bl.a. påvirket af centrets fysiske indretning. I DCAmager ligger udleverings- og venterummene adskilt fra det øvrige center på hver sin etage, og brugerne møder da fortrinsvis de ansatte, der har "vagten" i udleveringen den dag. I de øvrige centre ligger udleveringsrummene med større tilknytning til centrets kontorer m.v., og der er større mulighed for at brugerne møder en større del af de ansatte. Under alle omstændigheder afgøres omfanget af den daglige kontakt i høj grad af, hvor opsøgende de ansatte er over for de brugere, der kommer i centret. Brugere er tilsyneladende primært opsøgende over for behandlerne i forbindelse med konkrete spørgsmål og når de har brug for praktisk hjælp eller vejledning. Derudover består kontakten mellem brugere og behandlere af aftalte møder og eventuelt af samvær i forbindelse med aktiviteter. For de fleste brugere gælder det dog, at ud af den samlede opholdstid i centret tilbringes størstedelen i tilknytning til metadon-udleveringen.

3.4. Kontrol - især urinprøver

Som nævnt indgår det i arbejdsgrundlaget for distriktscentrene, herunder især Sundhedsstyrelsens cirkulære, at kontrol er en del af arbejdet i forbindelse med tildeling af metadon. I distriktscentrene drejer kontrollen sig primært om brugernes fremmøde til eller udeblivelse fra metadonudskænkning, og at personalet i øvrigt så vist muligt noterer sig brugernes fremtoning og eventuelle påvirkethed. Det vil sige, at kontrollen i vidt omfang indgår som element i den almene kontakt mellem brugere og personalet. Stikmærkekontrol - som kontrol af brugernes injektionsmisbrug - har ifølge centrene ingen praktisk betydning. Derimod gennemføres der i alle centrene urinprøve-kontroller af brugere for at følge udviklingen i deres misbrug af en række stoffer ved siden af metadonen ("sidemisbrug"). Principielt tages prøverne efter skønnet behov, hvilket

typisk vil sige: når der opstår formodning hos personalet om et (voksende) sidemisbrug. Urinprøverne, som lægges under opsyn af en medarbejder, skal således som hovedregel være uvarslede og ikke regelmæssige. I nogle tilfælde kræves eller aftales dog faste, hyppige urinprøve-kontroller med enkelte brugere, fx i forbindelse med ændringer i metadon-dosis eller som bidrag til at fastholde og/eller dokumentere en nedbringelse af sidemisbrug.

I DCIndre er der indført et alternativ til urinprøve-kontrol, idet brugerne i stedet for at aflægge en urinprøve foreslås at udfylde og underskrive en erklæring om et eventuelt sidemisbrug, som ville være fundet ved kontrollen. Derved spares en udgift, og metoden skønnes endvidere at være hensigtsmæssig for relationen mellem bruger og behandlere. Bortset fra denne fremgangsmåde er de generelle forhold vedrørende urinprøver fælles for de fire centre. Imidlertid kan der noteres forskelle mellem centrene med hensyn til det faktiske omfang af gennemførte urinprøver. En udgiftsopgørelse for 1995 viser, at DCNordre gennemførte ca. 2000 tests, DCAmager ca. 2200 og DCVestre knap 2600. Tallet for DCIndre er langt mindre, men ikke sammenligneligt på grund af forskelle i opgørelsen af udgiften. (Antallet vedrører antal tests for forskellige stoffer og er således ikke identisk med antallet af aflagte urinprøver).

Den praktiske, behandlingsmæssige betydning af at tage urinprøver er omdiskuteret i distriktscentre. På den ene side betvivler nogle - særligt nævnt i DCVestre - formålet med urinprøver som kontrol for sidemisbrug, når der alligevel ikke praktiseres udskrivning eller begræsning af metadon som sanktion over for brugere med sidemisbrug. Man ønsker da ikke at gennemføre kontrol for kontrollens skyld. Det modsatte synspunkt, som særligt fremhæves i DCIndre og DCNordre, er at urinprøverne tjener til at give distriktscentret et indtryk af den enkelte brugers aktuelle misbrug. DCNordre og DCAmager nævner desuden betydningen af urinprøver i forbindelse med aftaler med klienter om øget metadon-dosis mod at ophøre med sidemisbrug.

Det generelle indtryk fra distriktscentre er, at urinprøver bruges som et middel til at følge udviklingen i den enkelte brugers sidemisbrug, dels til behandlernes orientering, dels som udgangspunkt for at diskutere med brugeren om hans/hendes misbrug og

situation i øvrigt. Ifølge centrene er den typiske reaktion over for brugere, der har "lagt urene prøver"- det vil sige prøver, hvor der er fundet spor af stoffer - ikke indgriben i form af sanktioner, men snarere opfølgning i samtaler, eller ingenting. Det bemærkes, at sanktioner over for sidemisbrug - herunder udskrivninger eller begrænsning af metadon - tidligere forekom, men at det ikke er almindeligt længere. Der er dog ikke enighed om, særligt fremhævet i DCVestre, hvorvidt dette er en ønskelig udvikling.

Urinprøverne har imidlertid også en anden, mere indirekte, men vigtig funktion set fra behandlernes side: urinprøver i sig selv ses som et middel til at *begrænse* brugernes sidemisbrug. Eller som en af de ansatte siger: "Urinprøver er et forsøg på at holde dem [klienterne] så rene som muligt". Den formodede mekanisme er den, at urinprøver afslører det sidemisbrug, som brugerne måtte ønske at holde skjult for behandlerne, fordi sidemisbrug betegnes som skadeligt og i modstrid med behandlingen. Formålet med urinprøver bliver så, at brugerne vil begrænse det sidemisbrug, som de ikke kan skjule. Dermed tillægges urinprøver en selvstændig behandlingsmæssig virkning.

3.5. Nedtrapning og regulering af metadon-dosis

Som det fremgik af kapitel 2 er det distriktscentrenes opgave at forestå såvel *nedtrapning* på metadon som *længerevarende metadonbehandling*. Sidstnævnte er også blevet en opgave for de nyoprettede metadon-ambulatorier. Alle distriktscentre melder om, at man forsøger at opretholde en skelnen mellem nedtrapning og længerevarende metadonbehandling, men at det i praksis er meget vanskeligt i behandlingen af mange brugere. Man forsøger at holde de brugere, hvis behandlingsmål omfatter nedtrapning, fast på at metadonen skal nedtrappes over en overskuelig tid. I praksis er det imidlertid almindeligt, at metadon-dosis ændres flere gange både i ned- og opadgående retning.

Behandlingsarbejdet er i denne sammenhæng delt imellem to hensyn, to modstridende tendenser i brugen af metadon i behandlingen: På den ene side målsætningen om nedtrapning, på den anden side intentionen om, at metadonen skal erstatte det misbrug

af opiatater (især: heroin), som brugerne faktisk har. Hvis brugerne under nedtrapningen fortsætter eller øger deres sidemisbrug af heroin - hvilket ifølge centrene er almindeligt - bliver spørgsmålet, om deres metadon-dosis skal øges igen eller fortsat nedsættes. I den forbindelse fremkommer de skiftevis øgninger og gradvise reduktioner af metadon-dosis hos mange brugere. Centrene fortæller om, at overvejelserne om at øge eller nedsætte metadon-dosis også kan give sig konkret udslag i uenighed mellem behandlerne, typisk mellem lægerne på den ene side, som peger på at metadon skal erstatte heroin, og det pædagogiske personale på den anden side, som fastholder behandlingsmålet om nedtrapning. Det nævnes også som argument for mindre dosis, at det er nemmere at have kontakt til og arbejde med brugere, der ikke får høje doser (fx 80 ml), samt at det er mere forsvarligt at give mindre doser med hjem til flere dage. Det fremhæves i alle centrene, at i de situationer, hvor der er tvivl om at øge eller (fortsat) nedsætte metadon-dosis, er princippet om individuel behandling vigtigt, og en vurdering af den enkelte bruger er afgørende for, hvilken fremgangsmåde, der sættes på.

3.6. Benzodiazepiner

Brug / misbrug af benzodiazepiner - dvs. bestemte typer nerve- og sovemedicin, især præparater som Stesolid og Rohypnol - er meget udbredt blandt især lidt ældre stofmisbrugere, og således også blandt brugerne af distriktscentre. En urinprøveundersøgelse i flere distriktscentre i slutningen af 1995 viste, at godt 57% havde taget disse stoffer. I centrene erkender både brugere og behandlere at brugen af benzodiazepiner er stort, men især behandlerne fremhæver det som et særligt misbrugs- og afgiftningsproblem. Nedtrapning fra et forbrug af benzodiazepiner har alvorlige fysiske og psykiske aspekter, og betragtes som langvarigt og vanskeligt. Centrene ser generelt dette misbrug blandt brugerne som et alvorligt, men også nærmest uløseligt, problem. For nogle brugere er en målrettet indsats til nedbringelse af benzodiazepinmisbruget en del af handleplanen, men for størstedelen af brugerne er det snarere en del af et generelt mål om at afvikle sidemisbrug. Der er ingen egentlige nedtrapningsprogrammer

for dette misbrug i centrene, med undtagelse af, at det indgår i nedtrapningsgruppeprojektet i DCIndre.

3.7. Vurdering af brugernes behandlingsbehov og -muligheder

Distriktscentrenes løbende arbejde med at vurdere og visitere brugerne skal ikke beskrives indgående her. Blot skal tre vigtige aspekter, der har betydning for hvilken overordnet behandling, brugerne får, kort omtales: Underinddeling af brugerne, der er indskrevet til behandling i distriktscentret, visitation til døgnbehandling, samt efterbehandling.

Inden for distriktscentret sker der en *inddeling og prioritering af de indskrevne brugerne* i forhold til deres funktionsniveau, behandlingsbehov og relative modtagelighed / motivation for behandling. Varigheden af institutionens kontakt med brugeren spiller selvsagt også ind. Denne inddeling kan være mere eller mindre formaliseret og udtalt, og i forskellig grad være omsat i praksis i forskellige regelsæt og tilbud. I DCIndre skelnes der fx mellem tre grupper af brugere efter bl.a. funktionsniveau og behandlingsønsker, og dermed omfanget af kontroltiltag, adgang til at få metadon udleveret på apotek eller med hjem til flere dage, osv. DCIndre praktiserer som det eneste center, at udlevering fra apotek kan komme på tale for såvel de meget velfungerende som for dem, der ikke synes modtagelige for behandling, mens "mellemgruppen" tilbydes behandling i centret. DCAmager har forsøgt sig med en inddeling af brugerne i "teams" efter deres relative behov for behandling gennem aktiviteter hhv. behov for omsorgstilbud. DCVestre skelner mere uformelt mellem brugere i langvarig metadonbehandling, som motiverede for behandling gennem aktiviteter m.v.; stabiliserede brugere, som primært får metadonvedligeholdelse, og endelig brugere som er under udredning, som regel til visitation til behandling andetsteds. DCNordre skelner på en tilsvarende måde mellem brugerne med forskellig grader af behandlingsmotivation. Inddelingen af brugerne indebærer i intet center nogen endelig kategorisering af den enkelte bruger, og der foregår som tidligere nævnt løbende sagsevalueringer.

Døgnbehandling: En del behandlingssøgende brugere viderevisiteres direkte til døgnbehandling efter deres henvendelse i distriktscentret - især mange unge. Andre behandlingssøgende brugere, der ønsker døgnbehandling, bruger distriktscentret i et kortere afklarende forløb, fx med samtaler hos socialrådgiveren. For atter andre fungerer en egentlig behandlingsperiode i distriktscentret som grundlag for at vælge og forberede et døgnbehandlingstilbud. Det kan både være døgnbehandling med stoffrihed som mål, og kortere døgnophold til aflastning og sidemisbrugssanering (Flinterupgård), som efterfølges af fortsat behandling i distriktscentret. På den måde tilstræbes det, at døgn- og ambulant behandling kommer til at forløbe som en samlet proces.

Distriktscentre har hidtil spillet en begrænset rolle i *efterbehandling* af brugere, der er blevet stoffri. Som nævnt i kapitel 2 er dette område defineret som socialcentrets ansvar, men alle distriktscentre melder om, at de i stigende grad påtager sig socialfaglig rådgivning, støttesamtaler og andre tilbud til brugere, der vender hjem efter endt døgnbehandling. Ikke alle disse brugere indskrives i centret igen, og efterbehandlingen fungerer da mest ad-hoc og uden formelle rammer. DCAmager har aktuelt indskrevet et lille antal stoffri klienter i efterbehandling, og arbejder med at tilknytte en gruppe stoffri klienter til sig mere permanent. DCIndre tilbyder brugere i døgnbehandling genindskrivning og støttesamtaler med kontaktperson (behandler) eller psykolog. Alle centre arbejder aktuelt med at udvikle efterbehandlingstilbud, og peger på betydningen af at synliggøre overfor brugerne, at der findes muligheder efter nedtrapning fra metadon og/eller døgnbehandling.

3.8. Socialpædagogisk behandling

Det socialpædagogiske arbejde med de indskrevne brugere regnes i centrene for hovedindholdet i selve behandlingen. Det udføres af socialpædagoger og faglærere - der i praksis opfattes som én medarbejdergruppe - men kan også inddrage centrenes øvrige medarbejdere. En gængs metode i socialpædagogisk behandling af stofmisbrugere er *gruppeorienterede aktiviteter*, og de bruges da også - omend i meget forskellig udstrækning - i alle fire distriktscentre. Hvilke aktiviteter, der er i centrene, ændrer sig

løbende, efterhånden som forskellige initiativer og forløb afløser hinanden. Alle distriktscentre melder i øvrigt om, at de planlægger mere gruppearbejde med brugerne fremover, ikke nødvendigvis tilrettelagt med en bestemt aktivitet som omdrejningspunkt, men snarere med vægt på gruppe-samværet som sådan. Nogle aktiviteter har været åbne for deltagelse fra gang til gang, mens andre har været del af et mere struktureret forløb for en mindre, fast gruppe brugere. Der er i øvrigt en tendens til, at de åbne aktiviteter udvikler sig til at være et samværsforum for en fast gruppe.

Betydningen af aktiviteter har været vægtet højest i DCVestre og lavest i DCIndre. DCVestre har således søgt at gennemføre aktivitetstilbud nogle timer hver dag på hverdage, og mulighed for samvær med andre brugere i centret indtil kl.15 - disse aktiviteter har dog måttet begrænses efter flytningen til mindre lokaler i Tietgensgade. Aktiviteterne har i hovedreglen været åbne for alle brugere. DCIndre har eksplicit valgt en strategi med nedtoning af gruppeaktiviteterne til fordel for individuelle samtaler (se nedenfor). DCAmager og DCNordre har haft aktiviteter både for faste, mindre grupper og åbne aktiviteter.

De *behandlingsmæssige formål*, der angives for gruppeaktiviteterne, varierer noget. Det fælles omdrejningspunkt er almindeligvis ønsket om at forbedre deltagernes sociale funktionsniveau og styrke deres selvtilid. Det kan udtrykkes noget forskelligt, men følgende formuleringer fra forskellige behandlere i centrene illustrerer meget godt hensigterne: "gennem organiseret samvær med behandlere og andre klienter at tilegne sig sociale færdigheder", "udvikle klienternes ressourcer", "socialpædagogisk adfærdsoptræning og oplevelsesformidling i den hensigt at reducere klientens selvforagt og angst for forandring". Til tider formuleres også mere langsigtede mål, som fx at de færdigheder, der opbygges, styrker brugernes evne til at fastholde opnåede forbedringer, herunder stoffrihed. Social integration af brugerne i omgivelserne må også regnes som et af de mere langsigtede mål med udadvendte aktiviteter.

Bortset fra disse overordnede betragtninger er aktiviteter som behandlingsredskab omdiskuteret blandt medarbejdere og ledelse i distriktscentre. Generelt synes der at være enighed om, at "aktiviteter ikke må være underholdning" for brugerne, men i øvrigt

er der forskelle i opfattelsen af de konkrete behandlingsformål - også inden for det enkelte center. I sammenhæng med, at der er en bevægelse væk fra brede, almene aktiviteter i retning af aktiviteter som ramme om gruppe-samvær, ændres den betydning, som aktiviteterne tillægges: I de brede aktiviteter er sammenhængen mellem formål og metode af generel og diffus karakter, således at det ikke nødvendigvis er afgrænsede problemer hos den enkelte bruger, der søges afhjulpet med deltagelse i bestemte, dertil anpassede aktiviteter. I de gruppe-orienterede aktiviteter fokuseres på at skabe rammer om samvær og samtaler mellem gruppens medlemmer indbyrdes og behandlerne, og gensidig støtte. Dermed peger denne form for aktiviteter hen imod terapigrupper og samtaler som metode.

Som en del af aktiviteterne behandlingsformål angives det også, at de kan medvirke til at fremme den gode kontakt mellem brugere og behandlere, fordi de ser hinanden uden for de gængse sammenhænge i centret (især metadonudlevering). Hensigten er, at dette samvær har en positiv, afsmittende virkning på relationen mellem parterne, og dermed på behandlingen generelt. Endelig skal det nævnes, at behandlerne gennem udadvendte aktiviteter har til hensigt at skaffe sig mere viden om brugerne, bl.a. ved at få et indtryk af deres sociale formåen og fungeren uden for distriktscentret.

I alle distriktscentre tilægges *samtaler* mellem brugerne og behandlerne en vigtig plads i behandlingsarbejdet. Hovedvægten lægges på individuelle samtaler mellem den enkelte bruger og hans/hendes udpegede kontaktperson / behandler blandt personalet. Bortset fra oftest kortvarige kontakter i forbindelse med metadon-udleveringen, udgør disse samtaler for de fleste brugere den væsentligste kontakt til behandlerne. Det skal endvidere bemærkes, at disse samtaler også fordres som led i metadonbehandling (jf. Sundhedsstyrelsens cirkulære). Ud over de individuelle samtaler gøres der i centrene endvidere brug af gruppesamtaler, hvor en mindre gruppe brugere sammen med en eller flere behandlere mødes og diskuterer et bestemt emne eller problem (fx motivation, sidemisbrug), typisk over en aftalt periode.

De behandlingsmæssige formål med de individuelle samtaler angives at være at fastholde og udbygge kontakten mellem bruger og behandler, og derigennem støtte og

vejlede brugeren til at afklare og fastholde behandlingsmål i relation til misbruget og/eller andre forhold. Opdragelse og adfærdsstyring er også nævnt som eksplicitte mål for behandlingssamtaler. Det er omdiskuteret blandt behandlerne i distriktscentrene, hvor grænsen går mellem støttende, vejledende samtaler og egentlig terapi; sidstnævnte betegnes almindeligvis som liggende uden for det gængse socialpædagogiske arbejdsfelt.

DCIndre har hidtil meldt klarest ud i retning af en opprioritering af samtaler som det vigtigste led i behandlingen, på bekostning af aktivitetstilbud, og centret sætter det som mål at have samtale med hver bruger 1-4 gange om måneden. Den enkelte brugers behov for samtaler vurderes på visitationsmøder: det typiske er samtaler 1 gang om ugen for brugere, der er i en forandrings-proces, eller oftere (1-2 gange om ugen) for brugere i terapi-forløb, mens brugere i langvarig metadonbehandling måske kun har samtaler 1 gang om måneden. DCNordre regner også med skemasatte samtaler 1 gang om ugen i begyndelsen af behandlingen, foruden møder efter behov; efterhånden nedsættes samtalehyppigheden typisk. DCAmager regner ikke med et fast mønster for samtaler, men det typiske er faktisk også her samtaler 1 gang om ugen i begyndelsen; efter et stykke tid som regel kun 1 gang om måneden. DCVestre har ikke fast tidsmønster for samtaler; de aftales med brugerne efter behov.

3.9. Omsorgsydelser

Med *omsorg* menes her den umiddelbare og direkte bistand til at afhjælpe konkrete problemer af vidt forskellig art - fra et måltid mad til følgeskab i forbindelse med en retssag. Forskellen mellem omsorg og behandling kan defineres bl.a. i forhold til tidsperspektivet og dybden, hvor behandling fortrinsvis er langsigtede tiltag med sigte på permanente forbedringer af en persons tilværelse og ressourcer, mens omsorg retter sig mod at løse konkrete og aktuelle problemer her-og-nu. Til tider omtales omsorg over for stofmisbrugere som et alternativ til behandling for de særligt hårdt belastede, men generelt kan man sige, at i distriktscentrenes arbejde integreres omsorg og behandling.

Omsorgsydelser af mange typer indgår som en del af distriktscentrenes arbejde, og alle faggrupper er involveret på forskellig vis. Der gennemføres fx hjemmebesøg hos nogle brugere, sygebesøg på hospital eller i hjemmet, og følgeskab til tandlæge eller læge. Inden for centrene får nogle brugere bistand i forbindelse med kontakt til socialcenter, politi eller retsvæsen, samt tilbud om bad, tøjvask og klipning. Hvorvidt den enkelte bruger får adgang til hjælp med disse akutte behov afhænger af behandlernes tilstedeværelse og tilgængelighed i udleveringstiden på distriktscentret, fordi dette tidsrum er rammen om brugernes daglige forbindelse til centret. Stedets indretning har i den forbindelse betydning som ovenfor beskrevet.

Væresteder for stofmisbrugere regnes almindeligvis som et omsorgstilbud, der er let tilgængeligt og anvendeligt af et bredt udsnit af brugere. Alle distriktscentre har søgt at udvikle sig væk fra en funktion som værested. DCVestre har som det eneste center haft en lang åbningstid, der har givet brugerne mulighed for ophold i centret formiddag og eftermiddag - men denne åbningstid er trinvist blevet forkortet, og efter den seneste flytning har DCVestre åbent stort set som de øvrige centre. I de øvrige centre - særligt i DCIndre og DCAmager - har man understreget, at distriktscentret *ikke* skulle være et værested for brugerne. Man ønsker ikke at åbningstiden for metadonudlevering skal ikke udvikle sig til en værestedsfunktion; man har tværtimod tilskyndet brugerne til ikke at opholde sig i centrets venterum m.v. mere end højst nødvendigt. Som begrundelse herfor er især angivet, at samvær mellem brugerne i centret nemt medfører, at centret udvikler sig til at være ramme for kontakter og for aftaler om kriminalitet og handel og brug af stoffer.

3.10. Særlige faglige funktioner

Ud over det socialpædagogiske personale råder distriktscentre over faggrupper med specielle funktioner: Socialrådgivere, læge, sygeplejerske og psykolog.

Fra brugernes synspunkt er socialrådgiverne først og fremmest inde i billedet i forbindelse med visitationer - både ved indskrivning i distriktscentret og/eller

viderevisitation til behandling andetsteds. Derudover kan socialrådgiverne give vejledning til brugerne om relevante sociale ydelser, og - ikke mindst - fungerer socialrådgiverne ofte som bindeled til sagsbehandleren hos socialcentret vedrørende den enkelte brugers sag. DCNordre nævner endvidere, at socialrådgiverne også er kontaktperson / behandler for visse brugere - især brugere med børn: familiesager med meget koordinering udadtil i forhold til socialforvaltningen.

Lægen i distriktscentret er nøglepersonen for brugerne i forbindelse med metadontildeling og eventuelle andre former for medicinsk behandling i relation til misbruget, men derimod ikke andre lægelige funktioner, hvortil brugerne har deres egen praktiserende læge. Lægen fastsætter og justerer den individuelle metadon-dosis i samarbejde med brugeren, og principielt, men ikke altid i praksis, også i samarbejde med behandlerne. Derudover skal lægen yde generel støtte og vejledning i forbindelse med den medikamentelle side af misbrugsproblemerne. Sygeplejersken varetager - i samarbejde med det øvrige personale - primært udleveringen af metadon og eventuel medicin til brugerne, og kan i mindre omfang løse dagligdags, sygeplejemæssige opgaver for brugerne (fx sårskifte). Derudover indgår sygeplejersken i det øvrige behandlingsarbejde i centrene. Hvert distriktscenter har endvidere en psykolog ansat. Psykologernes arbejde består fortrinsvis i individuelle terapiforløb med brugere; i DCIndre også gruppeterapi. I DCVestre fungerer psykologen endvidere som supervisor for det øvrige personale.

3.11. Egne enterpriseprojekter

Formelt uden for distriktscentrenes regi, men alligevel i tæt tilknytning til centrenes daglige virke og tildels med personalebistand herfra, er der oprettet ambulante enterpriseprojekter for at tilgodese særlige behov hos bestemte grupper af centrenes brugere.

I DCVestre drejer det sig om et Informationsprojekt i egne lokaler, hvor 4-6 brugere fortrinsvis arbejder med information til børn og unge om stofmisbrug. Projektet har én

egen medarbejder, foruden at centrets medarbejdere inddrages. DCIndre har i to omgange gennemført et Nedtrapningskursus for 6-12 brugere, med fokus på mestring og reduktion af sidemisbrug og deraf følgende forbedret funktionsniveau. Også dette projekt har inddraget en kombination af centrets egen medarbejder (psykolog) og en særligt ansat. (Se også bilag 6). DCAmager og DCNordre har oprettet hvert sit enterpriseprojekt, "Villaen" hhv. "Gnisten", som fortrinsvis retter sig til lidt ældre stofmisbrugere med mange behandlingsforsøg bag sig. Hovedformålet med projekterne er at yde en omsorgspræget indsats og social støtte til denne gruppe. Projekterne forestår selv daglig metadon-udlevering (i distriktscentrets læges regi); der er længere åbningstider end i distriktscentret i øvrigt, og mulighed for at få morgenmad. Projekterne har haft 2-3 egne ansatte, og der har gennemgående været 20-30 brugere indskrevet.

3.12. Brugerindflydelse

På alle distriktscentre afholdes der med ujævne mellemrum - fra månedligt til halvårligt - fællesmøder for de brugere og ansatte, der er interesserede i at deltage. De betegnes almindeligvis bruger- eller husmøder, og deres formål er især at give oplysninger til brugerne om forhold i institutionen, og omvendt at indhente kommentarer og ønsker fra brugerne med hensyn til behandlingen, aktiviteter, o.a. På DCVestre har brugerne desuden udpeget en talsmandsgruppe på tre medlemmer, der skal fungere som brugernes repræsentanter over for institutionen. Enterpriseprojekterne "Gnisten" og "Villaen" har egne brugermøder.

Det er en fælles erfaring i distriktscentre, at diskussionerne på husmøderne fortrinsvis afspejler de konkrete spørgsmål vedrørende centrenes tilbud, der optager brugerne: regler og regeladministration i forbindelse med metadon og udlevering, udbuddet af aktiviteter, samt tilbud om morgenmad, kaffe, m.v. i centret. Ved sjældnere lejligheder drøftes mere generelle spørgsmål om behandlingen i centret, såsom den relative vægtning af samtaler og aktiviteter.

Det forudsættes i distriktscentrenes arbejdsgrundlag, at den enkelte bruger har direkte og konkret indflydelse på sin egen behandling, sådan som det kommer til udtryk i handleplanen. Derimod har brugerne som gruppe betragtet ikke nogen direkte indflydelse på beslutninger om behandling, prioriteringer, osv. i distriktscentrene.

3.13. Opsummering og diskussion

Det skal understreges, at denne undersøgelse blev gennemført i 1996, i en generelt belastet og omskiftelig periode i distriktscentrenes arbejde. Der var i perioden et vedvarende pres på behandling, samt mange visitations- og koordineringsopgaver i kraft af den ny lovgivning på området. Hertil kommer flytningen af to af centrene.

Overordnet kan det konkluderes, at distriktscentrene udfylder deres funktioner som udstykket i rammerne for deres virke (1992), omend behandlingsopgaverne i praksis har vist sig at være mere omfattende - både i kraft af antallet af behandlingssøgende og varigheden af indskrivning til behandling i distriktscentret - end oprindeligt forventet. Det kan også konkluderes, at rammerne for distriktscentrenes arbejde er blevet omsat temmelig ensartet i centrene, med de variationer, der er redegjort for i det foregående.

Arbejdet med de sociale handleplaner indgår i alle centrenes arbejde - igen med de variationer, der er beskrevet. Handleplansskemaerne anvendes således, men handleplanen som arbejdsmodel kan ikke siges at have haft den helt gennemgribende betydning for behandlingsarbejdet og for koordineringen af indsatsen mellem de forskellige relevante parter, som prægede forventningerne til handleplansmetoden omkring 1992.

Det enkelte distriktscentrene kan ikke siges at have opstillet nogen overordnet behandlingsstrategi eller noget særligt behandlingsprogram for institutionen som helhed, omend der naturligvis løbende gøres overvejelser og træffes beslutninger om hvordan behandlingen bedst gribes an. Det enkelte distriktscenter har ikke defineret særskilte målsætninger på institutionsniveau, men der er aktuelt initiativer i gang i retning af netop at opstille kvalitetsmål og årsplaner.

I praksis står metadon-tildelingen centralt i distriktscentrenes behandlingsarbejde, og i de fleste brugeres kontakt til og brug af centret. Denne vægtning af metadon kan imidlertid ikke ses isoleret som distriktscentrenes egen prioritering; snarere er det i overensstemmelse med grundlaget for distriktscentrenes arbejde - som fremlagt i kapitel 2 - hvor der fandtes den samme fokusering på metadon.

Det daglige, praktiske behandlingsarbejde i centrene er tilrettelagt med metadon-udleveringen som udgangspunkt, og udleveringstiden er rammen om den daglige kontakt til brugerne. Metadontildelingen og jævnlige samtaler mellem den enkelte bruger og hans/hendes kontaktperson (behandler) må regnes som de grundlæggende elementer i behandlingen i praksis. Hertil knytter sig den kontrol i forbindelse med metadon-behandling, der både indgår i den daglige kontakt og, mere varierende, kommer til udtryk i fx urinprøver. På dette grundlag tilbydes andre aspekter af behandlingen: praktisk hjælp og vejledning, omsorgsfunktioner, gruppe-aktiviteter, samt særlig faglig bistand fra socialrådgiver, læge og/eller psykolog.

Anvendelsen og vægtningen af disse tilbud varierer efter den enkelte brugers ønsker, og efter distriktscentrets vurderinger af de forskellige brugeres funktionsniveau, behov og motivation. Disse vurderinger af den enkelte betragtes almindeligvis som omdrejningspunktet i tilrettelæggelsen af den individuelle tilpasning, som centrene understreger som kendetegnende for behandlingen. Individuel behandling betyder således på den ene side, at regelfortolkning og tilbud kan varieres i forhold til den enkelte brugers situation. På den anden side er der sat visse bestemmelser for distriktscentrets arbejde - både eksterne (fx regler for metadon-tildeling) og interne (fx opstilling og anvendelse af husregler for brugerne) - som i praksis begrænser individualiserings-graden af den enkelte brugers behandling. Samtidig giver centrets ressourcer naturligvis den ydre grænse for hvilke behandlingstiltag, der kan iværksættes for den enkelte. Snarere end at se "individuel behandling" som opstillingen af skræddersyede behandlingsforløb, skal det i praksis snarere forstås som den løbende bestræbelse på at finde brugbare løsninger for og aftaler med den enkelte bruger inden for de givne muligheds rammer.

På trods af den centrale rolle metadonen spiller i praksis, defineres den socialpædagogiske behandling principielt som grundstammen i behandlingen, med afsæt i gruppeorienterede aktiviteter, gruppesamtaler, individuelle samtaler. Behandlingsmål i disse spænder fra det bredt formulerede (såsom forbedring af sociale færdigheder, funktionsniveau, selvtillid - dvs. overvejende generelle og til dels abstrakte mål, som er vanskelige at vurdere opfyldelsen af i praksis), til de mere umiddelbare mål: aktiviteter og samtaler som ramme samvær og opbygning af kontakt mellem brugere og behandlere, hvilket igen kan være udgangspunkt for at opstille mere konkrete (individuelle) behandlingsmål.

Behandlingstilbuddet i distriktscentre er i udgangspunktet tværfagligt, og omfatter som nævnt en række muligheder (metadontildeling, samtaler, omsorgsydelser, aktiviteter, hjælp fra socialrådgiver, læge, psykolog). Alle disse tages i anvendelse i centrene, men der fremstår ikke nødvendigvis nogen bestemt og klarlagt sammenhæng mellem de forskellige dele af behandlingen. Set under ét er behandlingsindsatsen således hvad de forskellige faggrupper har mulighed for at bidrage med i praksis (summen af delene), snarere end omvendt: at opgaverne for hver faglig funktion er defineret ud fra en fælles formulering af målsætning for institutionen som helhed.

Metadon-tildelingen i distriktscentre er ikke underlagt et bestemt, overordnet behandlingsmål på institutions-niveau, men tilpasses brugerne individuelt. I praksis er der et dobbelt behandlingssigte i distriktscentret: erstatning af heroin med metadon (substitutionsbehandling), samt nedtrapning (afvænning). Disse medfører til tider modsatrettede krav, i det der kan argumenteres for både forøgelse og nedsættelse af metadon-dosis. Derfor rummer det konkrete behandlingsarbejde stadige forsøg på at finde pragmatiske løsninger for den enkelte. Sagt på en anden måde kan grundlaget i behandlingen for en stor del af brugerne betegnes som *“metadon indtil videre”*: metadon-substitution for heroin-misbruget, principielt med nedtrapning for øje, i det mindste til at begynde med, men med (lang)varig metadon-tildeling som et stadigt mere påtrængende perspektiv som tiden går.

Distriktscentrenes regelsæt for brugerne med hensyn til metadon-tildeling - med de undtagelser og variationer, der er nævnt - fremhæver de betingelser, som brugerne skal opfylde for at opnå metadon, mens der lægges mindre vægt på brugerens rettigheder og muligheder i centret. Dermed understreger reglerne - formentlig uden bevidst hensigt - at metadonen står centralt i forholdet mellem brugerne og behandlere.

Kontrol gennemføres i centrene formelt set som foreskrevet i forbindelse med metadon-behandling (Sundhedsstyrelsens og Kommunens retningslinjer). Imidlertid giver centrene udtryk for en vis usikkerhed om kontrollens placering i forhold til behandlingen i øvrigt: hvordan skal resultaterne af kontrollen omsættes i praksis over for den enkelte bruger? Fortolkningen af regler for administrative afgiftninger og udskrivninger er genstand for diskussion, og skønnes vanskelige at omsætte i praksis. Sanktioner / konsekvenser over for brugerne tager ikke specielt afsæt i forhold vedrørende overholdelse af behandlingsplanen, men inddrages snarere over for regelbrud - fx ved for sent eller påvirket fremmøde, eller ved uacceptabel adfærd i centret eller ved aktiviteter, m.v. Udviklingen i håndteringen af kontrol betyder, at eksempelvis urinprøver i et vist omfang omdefineres fra at være et instrument, der skal vise om brugeren har nytte af behandlingen, til at få behandlingsmæssig betydning i sig selv - selvom en effekt heraf næppe er klarlagt.

Kapitel 4

Brugererfaringer: analyse af interviews

I dette kapitel fremlægges resultaterne af analysen af de gennemførte interviews. Hensigten med kapitlet er at præsentere de vigtigste træk af brugernes erfaringer med distriktscentrene, på tværs af de store forskelle mellem de 40 interviewede, der er. Det er tilstræbt at give et overblik over centrale spørgsmål, uden at sætte hensynet til variationer og uenigheder over styr, fordi brugernes indbyrdes forskellighed er slående og i sig selv en vigtig pointe. Alligevel er det umuligt inden for rammerne af denne sammenfatning at få alle nuancer og detaljer i interviewene med. Til gengæld giver analysen et indblik i de fælles problemer og forhold, som brugerne bredt set lægger størst vægt på som afgørende for karakteren af deres erfaringer med distriktscentrene.

4.1.1. Indledning: Almene erfaringer og overordnet syn på behandlingen

Som en indføring i interviewenes indhold giver dette afsnit et generelt indtryk af, "hvordan det er" at være bruger af et distriktscenter. Afsnittet handler om nogle grundlæggende erfaringer hos brugerne vedrørende behandlingen.

Forskelligartetheden af brugernes synspunkter må fastholdes som udgangspunkt. Brugernes kommentarer om distriktscentret spænder fra de meget positive...

De er gode mennesker. De spørger altid til én, anstrenger sig for at gøre alt godt for én. Jeg har taget ét skridt, og de har givet mig ti skub. Jeg skylder dem mit liv.

til de meget kritiske...

Distriktscentret - det er en menneskelig tragedie. ... De har monopol på behandlingen. Hvis du har en opførsel, så du bliver smidt ud her, så er du *lost*! Når de har monopol på behandlingen - man kan aldrig få folk til at være ærlige over for behandlerne.

Selv om disse udsagn vel nok markerer nogle yderpunkter i de interviewedes bedømmelser af distriktscentrene, indeholder de - som vi skal se - alligevel begge to nogle træk, der har generel betydning for brugerne.

Efterspørgsels-preset på behandling har haft stor indflydelse på brugernes erfaringer med og indtryk af distriktscentrene i undersøgelsesperioden (forår-efterår 1996) - for nogle i form af ventetid til behandling, og for de fleste i form af trængsel og stress i centrets åbningstid. Som det fremgår tidligere, indførtes med virkning fra nytår 1996 en ny lovgivning, således at stofmisbrugere ikke længere uden videre kunne påbegynde metadon-behandling hos en praktiserende læge. Distriktscentret blev dermed i endnu højere grad end tidligere understreget som den centrale indfaldsport til enhver form for behandling af stofmisbrugere i Københavns Kommune. Alle stofmisbrugere, der ønskede at begynde en metadonbehandling, måtte henvende sig i distriktscentret. Indtil midten af 1996 oprettede distriktscentrene ventelister til behandling i centret, men begyndte herefter at indskrive alle behandlingssøgende, eventuelt til et begrænset tilbud i centret, nemlig metadon-tildeling og samtaler i begrænset omfang.

Nogle af de interviewede måtte vente på at blive indskrevet i behandling i distriktscentret, og flere nævner det som en meget ubehagelig og vanskelig situation.

Ventetid på 4 måneder! Enten er man jo død, eller også muret inde bag fængslet, ikk'!

Ventetid på behandling betragtes af brugerne som helt uacceptabel.

At skulle gå på gaden i 3 måneder... .. Ulempen er, at man bliver mere ligeglad: "Så kan de rende mig i røven, så laver jeg bare et eller andet desperat, så kan de sætte mig i spjældet, så hvad Fanden, så får jeg metadon derinde". Det er åndssvagt at systemet skal være sådan, at man skal i spjældet for at få metadon. ... 3 måneder! ... Det var et rent held, at jeg ikke røg i igen.

Tilsvarende nævner flere, der er optaget senere, efter at venteliste-systemet var afskaffet, at de var glade for at kunne komme hurtigt ind i centret. Hurtig reaktion fra behandlingssystemet og muligheden for at komme hurtigt i behandling fremhæves af en meget stor del af de interviewede som et helt afgørende. Der er enighed om, at i det øjeblik, man er "motiveret" og har taget sig sammen til at søge behandling, skal man kunne komme til med det samme. Kort tid efter kan motivationen være væk, man kan befinde sig i en helt anden situation - eller, som citaterne oven for siger: man kan endda være død eller sidde i fængsel.

Det store antal indskrevne i perioden i midten og slutningen af 1996, og det deraf følgende pres på institutionens personalemæssige og andre ressourcer, nævnes af mange interviewede som et alvorligt problem. Dette gælder efter interviewene at dømme ikke mindst i DCNordre og DCVestre, hvilket svarer til den generelt høje belægning på disse to distriktscentre i perioden, men problemet har i øvrigt været generelt.

Det er så væmmeligt at komme i dette hus for tiden, med plads og... man ved dårligt nok, hvor man skal gøre af sig selv. Jeg tænker på de nye, der kommer, hvad de ikke tænker.

Det store pres skaber en stresset og usikker stemning for mange brugere, og nogle nævner, at det også går ud over kontakten til behandlerne. Men samtidig viser brugerne gennemgående stor solidaritet med andre brugere i samme situation som dem selv: det er synd, hvis de ikke kan komme ind, hvis de ønsker det.

Ikke mindst på baggrund af det store pres bliver behandlingspladsen i distriktscentret værdsat, og omtalt at flere som et gode, et tilbud:

Det har været fint for mig at være her. Det var et godt tilbud, da jeg havde brug for det.

Til gengæld er der også nogle brugere, der føler, at de skal *gøre sig fortjent* til behandlingen, og "ikke optage pladsen for en anden", især mens der var venteliste. Da

ligges der vægt på behandlingen som en knap ressource, der ikke bør gives til hvem som helst. Enkelte af brugerne henviser endda også til, at "behandling koster mange penge".

Omvendt mener andre, at distriktscentrets tilbud om metadon og kontakt er "ren discount", som de ikke kan bruge til noget videre. Dette gælder vel at mærke ikke specielt de brugere, der har fået et "begrænset tilbud" i distriktscentret - det er en generel betragtning hos flere af de interviewede. Distriktscentret opfattes da som en skrabet "nødløsning", hvor der ikke er personalemæssige og økonomiske ressourcer nok til at gennemføre mere omfattende behandlingstiltag - oftest eksemplificeret med flere aktiviteter i og uden for centret, eller mere tid til samtaler. Eller centrene kritiseres direkte for at anvende ressourcerne forkert: for megen vægt på administration og inventar, og for lidt tid og kræfter på brugerne.

Der er en klar tendens til, at metadon-tildelingen ganske dominerer i opfattelsen af distriktscentret, og brugerne betragter ikke nødvendigvis arbejdet i distriktscentret som "behandling":

Det er ikke et behandlingssted, det er et udleveringssted,

som en af de interviewede spidsformulerede det. Brugere har generelt et noget uklart billede af, hvad distriktscentret vil med behandlingen af brugerne, hvis det overhovedet opfattes som "behandling". Nogle efterlyser direkte klarere informationer og vejledning om, hvad centrets mål og metoder er, og hvilket behandlingsforløb, de kan forvente sig.

Mange af de interviewede metadon-brugere ville foretrække helt at undgå distriktscentret, og i stedet få metadon på apoteket, enten ordineret af deres egen læge eller gennem distriktscentret. Fordelen ved at hente sin metadon på apoteket forklares som regel med den større frihed og selvbestemmelse, det indebærer: Man fritages for direkte kontrol og overvågning, for det daglige fremmøde på bestemte klokkeslæt, for pædagoger og andre behandlere, eller for at være sammen med så mange andre brugere. Flere af disse problemstillinger uddybes senere i løbet af dette kapitel.

En del af brugerne kritiserer distriktscenter-modellen for "at samle så mange narkomaner på ét sted", fordi de mener, at det er med til at fastholde brugerne i det samme miljø. En interviewet, der tidligere er søgt væk fra distriktscentret af den grund, siger bl.a.:

Jeg kunne ikke gå her ... jeg kender for mange... der er for meget handel, ikke på stedet, men folk indbyrdes, man kan altid mødes udenfor. Det er for nemt. Der skal jeg bare væk.

Ønsket om at kunne afhente sin metadon på apoteket og ikke komme i distriktscentret, eller kun komme lejlighedsvis, findes både blandt brugere, der tidligere har fået metadon tildelt på denne måde, og blandt brugere, der kun har været i distriktscentret. Men der er også brugere med begge erfaringer, der foretrækker centret - bl.a. begrundet med, at det giver bedre mulighed for at få hjælp til forskellige problemer, og mulighed for at deltage i aktiviteter. For nogle er fordelene den, at centret giver en daglig kontakt til andre, omend oftest kortvarig, eller simpelthen blot det, at centret er en grund til at komme afsted hjemmefra:

- Ville du helst have været på apotek?

Nej, egentlig ikke. I det øjeblik jeg skal herind, så har jeg en grund til at stå op om morgenen. ... Altså, så er der et eller andet, man kan beskæftige sig med. Ikke fordi der sker noget herinde, men det kunne jo være. Så tager man i hvert fald herind, så er man i hvert fald kommet ud af døren.

Distriktscentret som ramme om social kontakt er vigtig for mange - dette uddybes også nedenfor.

Nogle af de interviewede foretrækker en hel anden behandlingsform end distriktscentret - eksempelvis døgnbehandling på institutionen Frydekær eller en Minnesota-institution, som de eventuelt har tidligere erfaringer med. Disse brugere fortæller, at de er i færd med at formå distriktscentret at tilbyde dem en sådan behandlingsplads, eller de står på ventelisten til den (Frydekær). De fleste interviewede har erfaringer med flere forskellige behandlingsformer og har været igennem forskellige behandlingsforløb,

heraf nogle som del af deres behandling i distriktscentret (fx et ophold på institutionen Flinterupgård). Nogle overvejer at prøve anden behandling igen.

Det er klart, at forskelle i brugernes vurderinger af centrene bl.a. afspejler, at de lægger vægt på og anvender forskellige dele af centrenes indsats. Forskellene afspejler også forskelle i brugernes egen forståelse af formålet med behandlingen og deres forventninger til den. Den store spredning og forskellighed blandt brugerne er vigtig at have in mente i forbindelse med overvejelserne om brugerne tilfredshed hhv. utilfredshed med centrenes tilbud. Det er således ikke overraskende, at de brugere, der ønsker langvarig, måske livsvarig, metadon-behandling, ligger vægt på at kunne føle sig sikre på fortsat at kunne få metadonen uden problemer. Derudover er det forskelligt, hvad denne gruppe ønsker - fx aktiviteter i centrene og støtte fra behandlerne, eller snarere hjælp fra centret til at finde noget at beskæftige sig med eller en bedre bolig. Andre brugere, der fastholder ønsket om at ophøre med metadonen igen - ofte på et uafklaret tidspunkt i fremtiden - vil desto mere efterspørge tilbud, der kan hjælpe med at få misbruget under kontrol og tilværelsen i bedre rammer.

På tværs af oplagte forskelle som disse, kan der imidlertid stadig findes en række erfaringer og synspunkter, der går igen med stor regelmæssighed hos de interviewede brugere. Forholdene omkring *metadon-tildeling og -udlevering*, og *kontrol og sanktioner* i forbindelse med behandlingen, spiller således en overvældende rolle for flertallet af de interviewede. Andre centrale temaer er *relationerne til behandlerne*, herunder især de *individuelle samtaler*, de har med dem; *aktiviteter* i og udenfor centret; samt spørgsmålet om *efterbehandling og sammenhæng med andre tilbud og instanser* i forbindelse med behandlingen. Hvert af disse emner er særskilt behandlet i de kommende afsnit. Endelig belyses også forholdene vedrørende *handleplaner*, der - som tidligere redegjort for (kapitel 2) - udgjorde et centralt element i oplægget til behandlingsarbejdet i distriktscentre (1992).

4.1.2. Praktisk hjælp og vejledning

Ud over de netop nævnte temaer lægger en stor del af de interviewede vægt på betydningen af at få praktisk hjælp og vejledning fra distriktscentre- på den måde at forstå, at de værdsætter den, når de får den, og efterspørger den, når de ikke får den. Med "praktisk hjælp og vejledning" menes der i denne forbindelse for det første den umiddelbare, omsorgsprægede hjælp, man kan få i centret, og for det andet den særlige bistand og vejledning, som ikke mindst socialrådgiverne i centrene kan yde.

For en stor del af brugerne er distriktscentret uden sammenligning den vigtigste kontakt til det sociale system, og er derfor det oplagte sted for dem at søge konkret hjælp og omsorg i det daglige - så meget, som det nu kan lade sig gøre. Distriktscentrets personale - og i et vist, begrænset omfang andre brugere - udgør kontakten til nogen, der kan hjælpe med konkrete, akutte problemer. Behovet kan spænde lige fra at få et bad eller forbinding af et sår, til at tyde et brev fra socialcentret eller at ringe op til sagsbehandleren sammesteds, eller måske følgeskab til et møde. Det er tydeligt, at brugerne værdsætter denne hjælp - ligesom de finder det urimeligt, eller i det mindste ærgerligt, hvis de får at vide, at behandlerne ikke har tid eller mulighed for at hjælpe dem.

Uagtet at den trivielle formiddagstur til distriktscentret samtidig kan opleves som en belastning, betyder fremmødet dog også for mange en daglig social kontakt, mens resten af dagen ofte tilbringes alene. Det er en meget stor del - man ikke alle - af de daglige brugere, der benytter sig af muligheden for at "få en sludder og en kop kaffe", som er en almindelig karakteristik af den tid, der tilbringes i distriktscentrets venterum før og især efter, at man har fået sin metadon. Den enkle morgenmad i DCNordre værdsættes af brugerne dér, og betragtes som udtryk for en forståelse for, at mange brugere ikke ellers spiser ordentligt. Tilsvarende efterlyses morgenmad af mange brugere i de øvrige centre. For nogle udgør mange kopper kaffe med meget sukker en erstatning.

Betydningen af distriktscentret som omsorgstilbud, som et værested med ganske vist meget begrænset åbningstid og meget varierende service, er væsentlig for mange brugere. Nogle interviewede betragter simplethen åbningstiden for metadonudlevering som en del af distriktscentrets tilbud: et sted at være. Det er derfor ikke overraskende, at brugerne finder åbningstiden helt utilstrækkelig: distriktscentret er et dårligt værested.

Der er åbent fra 9 til 11- hvad skal man så bagefter?

Nogle brugere bliver siddende så længe de kan få lov til, fordi de kan lide at sludre med de andre brugere og læse avis, eller bare ikke har noget andet at tage sig til. Andre brugere understreger tværtimod, at de ikke ønsker at bruge distriktscentret som værested; nogle går hurtigt igen efter at de har fået deres metadon. De siger som regel, at de "ikke vil være sammen med så mange andre narkomaner", eller orker være sammen med de samme mennesker dag ud og dag ind - især hvis man ikke har så meget at tale om ud over stoffer og tidligere kriminalitet: "sidde og høre på de samme løgnehistorier hver dag", som én bemærkede.

Der er ikke nødvendigvis nogen modsætning mellem at være kritisk over for, at centret "samler mange narkomaner på sted" og selv at bruge centret som ramme om social kontakt - det afspejler netop en karakteristisk dobbelthed i brugernes forhold til hinanden og til centret: Forbindelsen er med til at understrege ens position som stofmisbruger, men alternativet er ingenting - større social isolation - og derfor endnu værre.

Den anden del af den praktiske, konkrete hjælp er den bistand som ikke mindst distriktscentrenes socialrådgivere yder med hensyn til at informere og vejlede brugerne om regler og muligheder i bistandsloven m.v., om hvor man henvender sig om hvad, osv. Det er en fælles erfaring hos mange brugere, at socialrådgiverne i distriktscentret er bedre og lettere at gå til end sagsbehandleren i socialcentret - og først og fremmest

fordi de overhovedet er nemmere at komme i forbindelse med. Flere brugere beskriver, hvordan socialrådgiveren i distriktscentret er mere fortrolige, forstående og indforståede med brugernes situation, til forskel fra erfaringerne fra socialcentret.

I det hele taget nævner flere brugere den konkrete hjælp fra socialrådgiverne og det øvrige personale som en af fordelene ved at være bruger af distriktscentret: Det drejer sig fx om hjælp til at skaffe en anden bolig, opnå boligindskud eller andre aftaler med socialcentret; hjælp i forbindelse med behandling hos læge og tandlæge; hjælp til at løse økonomiske problemer, fx søge pension; støtte til at gennemføre kursus / uddannelse; hjælp i forbindelse med mellemværender med politiet eller retssystemet; støtte i forbindelse med at få kontakt til anbragte børn; osv. Det er klart, at der er stor forskel på, hvor meget brug de forskellige interviewede har haft for disse former for praktisk hjælp, og der er også en del, der nævner uenigheder med socialrådgiverne eller skuffelser over ikke at kunne få den ønskede hjælp. Men det er stadigvæk værd at bemærke, at socialrådgivernes funktion nævnes af mange som væsentlig. Nogle ser det som centrets vigtigste funktion for dem at være bindeled til socialcentret. Også de stoffri interviewede har fremhævet socialrådgiver-hjælpen fra distriktscentret som væsentlig i deres situation.

4.1.3. Brugerindflydelse

Brugerindflydelse kan betragtes både som den samlede brugergruppes indflydelse på distriktscentret som institution, og som den enkelte brugers indflydelse på sin egen behandling. Den individuelle brugerindflydelse er tiltænkt at komme til udtryk i udarbejdelsen af sociale handleplaner.

Stort set samtlige interviewede er enige om, at den førstnævnte form for brugerindflydelse - brugernes indflydelse på distriktscentrets arbejde og drift - er meget begrænset eller helt fraværende. Generelt værdsættes de husmøder, dvs. møder med deltagelse af de behandlere og brugere, der er interesserede, når og hvor de afholdes, omend nogle interviewede også omtaler disse møder som ret betydningsløse. Den

vigtigste funktion er at give brugerne information og mulighed for at fremsætte ønsker, ofte til bestemte aktiviteter, udflugter eller lignende. Men det kan ifølge nogle af de interviewede næppe kaldes "brugerindflydelse":

Egentlig ikke. Egentlig har vi ikke noget at skulle have sagt. I sidste ende har vi ikke. Vi kan komme med nogle forslag, så kan de [ansatte] tage det op på et møde, så kan de enten sige ja eller nej.

Der er generel enighed blandt brugerne om, at brugerindflydelse på eksempelvis aktiviteter og andre tilbud er vigtigt. Derudover har de interviewede forskelligt syn på, hvor langt brugernes indflydelse på centret skal række. Nogle ønsker direkte indflydelse på beslutninger om fx behandlingsformen og institutionens økonomi, mens andre er uenige:

Nej, det synes jeg ikke. Det er stadig en institution. Dem, der arbejder her, har mere tjek på det end klienterne har.

Fra denne betragtning er tilrettelæggelsen af behandlingen er ikke blot noget, de ansatte har ret til - det er slet og ret deres opgave. Det betragtes som behandlernes opgave løbende at komme med forslag og tilbud om aktiviteter og behandling til brugerne.

Ud over overvejelserne om brugernes formelle indflydelse på forhold i distriktscentret er det imidlertid nok så væsentligt for brugerindflydelsen at se på, hvilken *placering* brugerne overhovedet mener, de har i distriktscentret. Her er det helt gennemgående, at brugerne som udgangspunkt opfatter distriktscentret som "personalets", at det er personalets arbejdsplads og ansvarsområde, og at det af den grund er dem, der bestemmer reglerne, tilrettelægger behandlingen, osv. Stærkest udtrykker denne bruger det nok:

- Hvordan er det med brugernes indflydelse på stedet her?

Så bliver der klappet i! For du må regne med, det er deres [behandlernes] domæne.

Vi er nærmest kun gæster, sådan føler man det mange gange. Det er jo deres arbejdsplads. Det er deres dagligdag, og de gider ikke se mere på os end højst nødvendigt.

Mens denne interviewede er meget kritisk, synes en meget stor del af brugerne at tage det for givet, at "personalet bestemmer" og de er ikke kritiske over det, eller mener, at det er nødt til at være sådan. Mange brugere stiller ikke spørgsmålstejn ved, at de som brugere skal rette sig efter institutionens fastsatte regler og systemer - fordi de er vant til det, eller fordi de ikke oplever det som et problem. Selvom forholdet *vurderes* forskelligt, er der enighed om, at distriktscentret er personalets og ikke brugernes sted, og at brugernes indflydelse derfor som udgangspunkt er stærkt begrænset.

En del af de interviewede brugere er eksplicit kritiske over for deres placering i forhold distriktscentrets behandlere. Udtryk som "vi har ikke noget at skulle have sagt" og "vi bliver behandlet som børn" er vel nok den mest almindelige, spontane kritik, der fremføres af brugerne i den forbindelse. Disse udtryk rummer mange forskellige forhold i brugernes oplevelse af distriktscentret: ikke alene konkret utilfredshed med centrets regler og praksis, herunder kontroltiltag, men også mere generelt utilfredshed med *afhængigheden* af centret, ufriheden til at bestemme selv, hvordan man vil behandles, hvordan og hvornår man får sin metadon, osv. For nogle brugere kræver denne afhængighed af en institution overvindelse for at gå i behandling:

Jeg har aldrig været glad for institutioner og socialrådgivere og sådan nogle. Jeg vil klare mig selv. Derfor hader jeg den der "big-brother-watching-you"-mentalitet.

For mange er afhængigheden en kilde til fortsat utilfredshed:

Det er helt op til deres forgodtbefindende, om du skal på ferie eller du ikke skal. Sådan nogle ting er jo indgreb i den personlige frihed! Og så siger de: "du har selv skrevet under på det". Ja-ja, selvfølgelig har man selv skrevet under på det, men når du kommer her og er knaldsyg, så skriver du under på hvad som helst bare for at få din metadon!

Når man som bruger går i behandling og træder ind i distriktscentrets verden, sker det på betingelse af, at man indgår i en institutionskultur, hvor den øvrige verdens regler og omgangsformer er sat ud af kraft:

Jeg har haft meget modvilje mod at komme i behandling. ... Jeg har aldrig været inden for systemet - ikke villet. Så det er svært at vænne sig til, at acceptere at blive overvåget. Behandlerne er da meget søde, og flinke nok, men det er ligesom også at de overvåger én, hvordan man har det. ... Institutioner - det er jo ikke *normalt*. Sådan som her: at uddele metadon, som man er afhængig af, og nogen skal stå og kontrollere. Sådan er det jo ikke ude i det normale samfund.

“Brugerindflydelse” i distriktscentret er således på ingen måde blot et spørgsmål om at give plads eller ej til at brugerne kan fremsætte sine synspunkter og at tage hensyn til disse. Denne formelle indflydelse er fra brugernes perspektiv begrænset af deres grundlæggende afhængighed af distriktscentret, helt primært knyttet til metadon-tildelingen. Dette har også implikationer for den enkeltes behandling. De fleste interviewede oplever ikke, at de har stor indflydelse på deres egen sag / behandling, sådan som handleplans-modellen ellers skulle sikre. (Se også senere afsnit om sociale handleplaner). Det betyder ikke nødvendigvis, at brugerne fralægger sig ansvaret for hvordan de selv har det, og om behandlingens mål - eksempelvis en nedtrapning uden sidemisbrug - opnås eller ej. Tværtimod understreger mange af de interviewede, at det at blive stoffri eller fri for sidemisbrug i sidste ende kommer an på den enkelte brugers egen evne og vilje. Det ændrer imidlertid ikke ved, at selve behandlingens indhold og karakter, og de tilbud, den enkelte får, reelt er bestemt mere af distriktscentrets personale, og de rammer og regler, muligheder og begrænsninger, som gælder for centret, end af den enkelte brugers ønsker til den ideelle behandling.

Hvis man tager brugernes afhængighed af distriktscentret som udgangspunkt, er det tydeligt, at det er i vidt omfang dette forhold, der begrænser brugernes indflydelse såvel på deres egen behandling som på distriktscentret som helhed.

I forhold til denne undersøgelse har det således haft betydning, at selv om brugerne overvejende var glade for at kunne fremsætte sine kommentarer og fortælle om sine erfaringer med distriktscentret, forekom udtrykket “brugertilfredshed”, der indgik i undersøgelsens oplæg, nogle af de interviewede noget pudsig:

Om jeg er tilfreds med distriktscentret? Tja, "tilfreds"- man har jo ikke noget valg!

Fra denne betragtning er det afgørende således ikke brugernes umiddelbare "tilfredshed eller ej", men mere grundlæggende, hvilken situation, de befinder sig i i forhold til centret, og hvilke fordele henholdsvis problemer, de har med behandlingstilbuddet her.

4.2. Metadon og anden medicinsk behandling: Fordele og problemer for brugerne

4.2.1. At søge behandling

Det ligger uden for denne rapports rammer at diskutere begrebet "behandlings-motivation" i nogen større detaljeringsgrad. Men kort fortalt peger interviews og samtaler med brugerne på, at motiverne til at søge behandling i distriktscentret, medmindre man allerede er i behandling andetsteds (egen læge), ofte handler om at forbedre - eller i nogens tilfælde slet og ret at overleve - en tilspidset og vanskelig situation i tilværelsen som aktiv stofmisbruger. En del taler om problemer knyttet direkte til stofmisbruget - fx at forbruget er kommet så højt op, at det er blevet svært at finansiere eller i øvrigt håndtere. Bekymringer om skadevirkninger kan også spille ind her. Andre nævner problemer såsom kriminalitet - enten selve det at begå den eller udsigten til (igen) at blive straffet - prostitution, konflikter med politiet, med andre brugere, med de sociale myndigheder, med kreditorer af forskelligste art, fysiske og psykiske belastninger af helbredet, osv. Det kan også meget vel være en kombination af alt dette, en generel oplevelse af ikke længere at orke denne livsform. Det er disse forhold, de behandlingssøgende ønsker at komme væk fra, når de henvender sig i distriktscentret, eller tidligere henvendte sig andetsteds, for at komme i behandling.

Ønsket om behandling tager afsæt i den aktuelle situation, og rummer ikke nødvendigvis en fuldstændigt afklaret målrettethed mod at lægge stofferne og tilværelsen som misbruger bag sig, og begynde at arbejde på en ny, ukendt fremtid - selvom dette nok vedvarende er et overordnet ønske, en fremtidsdrøm for de fleste. Det

fremgår af interviewene, at brugernes forventninger til behandlingen, forud for deres indskrivning i distriktscentret, i de fleste tilfælde koncentrerer sig om at opnå tildeling af metadon, og derudover en mere diffus forventning om "hjælp" med misbruget og andre problemer, som de aktuelt befandt sig i. Der findes dog også eksempler i interviewene på forventningen om, at indskrivning til behandling i distriktscentret konkret ville være begyndelsen på slutningen af deres misbrugskarriere.

Nogle af de interviewede beskriver, hvordan det at søge behandling kræver selvovertagelse; det er den sidste mulighed, man tyr til, fordi det indebærer en vanskelig erkendelse af, at man ikke længere kan håndtere, finansiere eller overleve sit misbrug - i modsætning til, hvad man hidtil har holdt fast i var muligt.

Det er pinligt for narkomaner at sige: OK, nu går jeg i behandling. Jeg offentliggør, at jeg er narkomisbruger. Det er et stort skridt. Det er et Helvedes stort skridt.

Jeg har strittet imod, jeg ville ikke være "narkoman", jeg ville ikke se i øjnene, at jeg var det.

Desuden indebærer behandling, at man "registreres" som stofmisbruger hos de sociale myndigheder. Det har i sig selv omkostninger.

Når man kommer i behandling, bliver man stemplet. Det står i ens papirer, at man er narkoman, at man får metadon. Jeg har kunnet mærke det. ... Jeg tænker på, hvornår det bliver slettet igen?

Denne bruger synes, at denne stempling er en høj pris at betale for at komme i behandling. Men der var ikke nogen anden udvej.

En meget stor del af de interviewede havde det klare mål med at søge behandling i distriktscentret, at de ville opnå at få metadon - og ikke andet. Når brugerne spørges om deres forventninger til distriktscentret på forhånd, retter en meget stor del af disse forventninger sig mod metadonen.

- Hvilke forventninger havde du til distriktscentret på forhånd?

Først og fremmest metadonen, det er klart. Ingen tvivl om dét - det var derfor jeg kom, ikk'?

Denne forventning, dette billede af distriktscentret opfyldes i vidt omfang. Som det er fremgået af tidligere citater er centrets betydning som udleveringssted for metadon for nogle brugere helt overskyggende. At få tildelt metadon er for dem simplethen meningen med at være bruger af centret.

Et eksempel på en hel modsat situation gives af en af de interviewede, som afviser at modtage metadon, selvom det foreslås ham i distriktscentret:

Det første, hun sagde til mig - hende, der visiterede mig, socialrådgiveren - det var, at jeg kunne få metadon-vedligeholdelse, og der var flere måneders ventetid. Og så var jeg ellers på vej ud af døren igen. ... Hun gik automatisk ud fra, at jeg ville have haft en metadon-nedtrapning, eller sådan noget. ... Men okay, hun fandt så hurtigt ud af, at det var ikke det, jeg ville.

Denne interviewede kommer derefter i behandling uden for distriktscentret.

Nogle få af de interviewede havde ikke noget klart ønske om at opnå metadon, men accepterede det, som regel i forventning om, at det kun vil være en overgang:

Jeg bad ikke om at komme på metadon, jeg bad blot om at få hjælp. Jeg fik tilbudt metadon, og skulle lige tænke over det. Men jeg besluttede mig for at tage imod det, fordi jeg forventede, at det kun ville være i en periode.

Nedtrapning af metadonen på kortere eller længere sigt indgik i de flestes oprindelige planer med metadonen. For nogle lykkes det igen at lægge metadonen bag sig efter et eller flere nedtrapningsforsøg, for andre bliver den første tildeling af metadon imidlertid begyndelsen til et længerevarigt metadon-brug - og dermed for brugerne i denne undersøgelse: længere tids tilknytning til distriktscentret som daglig metadon-bruger. Det er på denne gruppe, der har langt den største kontakt til centret over tid, at en stor del af denne rapport fokuserer.

Langt de fleste interviewede betragter metadon-tildelingen som en stor fordel, især til at begynde med. Nogle i denne gruppe fastholder, at de vil trappe ud af metadonen på et tidspunkt, mens andre mener, at varig metadon er den løsning, der har vist sig at være bedst eller den eneste mulige for dem. Nogle få af de interviewede er tæt på at fortryde i dag, at de overhovedet begyndte på metadon, fordi den har vist sig at være så svær at slippe igen. En af brugerne fortæller, at han frygter ikke kunne stoppe med metadonen:

For det har jeg jo også set gennem mange år, med mange af mine venner, at de har så fået en nedtrapning - og det skulle sådan set bare være en nedtrapning - men altså, lige pludselig har de siddet på det i 10 år. Det er lidt en sutteklud på en eller anden måde. Det er jeg lidt bange for, at det tager lysten fra mig til at blive clean. Det er også derfor - jeg vil helst ikke være på det for lang tid.

Der er ikke nogen modsætning imellem at ønske at få tildelt metadon og at være bekymret over, om man kan slippe den igen. Ligesom det at søge i behandling ofte er udtryk for en akut oplevet nødvendighed, er metadon-tildeling en hurtigt virkende indsats. Erfaringerne med metadon ændrer sig imidlertid efterhånden, og nye spørgsmål og problemer melder sig. Om disse erfaringer handler det næste afsnit. Emnet er vigtigt, fordi uanset hvordan metadonen betragtes, spiller den både direkte og indirekte en dominerende rolle i de interviewede metadon-brugeres forhold til distriktscentret.

4.2.2. At få metadon

En stor del af de interviewede fortæller, hvordan deres brug af distriktscentret har betydet en stor og positiv forandring i deres liv. Det gælder især dem, der begynder på metadon i centret og ikke har fået det andetsteds fra tidligere. De fortæller typisk om, hvordan de med metadonen er blevet fritaget for det som regel daglige pres med at skaffe penge til stoffer - ofte gennem kriminalitet eller prostitution - og skaffe selve stoffet, med de risici og belastninger, som disse aktiviteter indebærer.

Jeg har fået metadon i 1½ år. Jeg har været enormt glad for at få det. Det har virket på mig: fået orden på økonomien, fået ordentligt sted at bo, kommet igang med at betale [gæld] af. Som aktiv narkoman er det umuligt at få pengene til at slå til. ... Jeg hader kriminalitet, jeg hader det liv - derfor er jeg meget glad for at gå her.

Jeg har fået opfyldt mit ønske om ikke at skulle ud og hekse, skaffe penge, ydmyge mig på den måde altid.

Metadon-tildelingen har den umiddelbare og konkrete betydning for brugerne, at den fritager dem for det daglige krav om at *skulle* skaffe penge og stoffer for at holde abstinenserne fra døren - eller "for at blive rask", som mange udtrykker det.

De brugere, der er begyndt med metadon i distriktscentret, beskriver forandringen med udtryk som "det er en lettelse", "det giver én et pusterum", "det giver én noget ro".

Det er faktisk metadonen, der gør, at man kan leve et lidt mere normalt liv. At man ikke har det der ræs med at skulle ud og finde stoffer hver dag. At man pludselig kan beskæftige sig med nogle andre ting. Det gør, at man slapper lidt mere af.

Man bliver stabiliseret. Man leverer narkomanerne et trygt underlag. Den vilde jagt er lige pludselig stoppet.

Metadonen ændrer - mildner - men fjerner ikke, den indvirkning, som stofafhængigheden har på tilværelsen: Metadon er en anden måde end illegale stoffer, hvorpå man kan undgå de psykiske og fysiske abstinens-symptomer, som afhængigheden af opiater (heroin) medfører.

Imidlertid har heroin andre virkninger og betydninger for brugerne end blot at slippe for abstinenser: Ikke mindst kan heroin give en rus, et "sus", som ikke opnås med metadon, der drikkes. Brugere omtaler stofferne både i en negativ betydning (flugt, væk fra noget) og en positiv (afslapning, veltilpashed). En af de interviewede fortæller om reaktionen på at befinde sig i en håbløs situation uden job og sted at bo:

Så sidder man dér: "Hvad Fanden er det for noget lort!". Så: "Skidevære med det", siger man til sidst, "hvad rager det mig, så kan det også være ligemeget". Sådan tænker man, så bliver man bare sådan negativ, så siger man: "lad mig komme væk fra det her". Så tager man noget. Så er man *væk*, har man taget noget heroin eller noget andet, så er man *væk*. Væk for de der timer dér, og det... er afslappende, man bliver stresset af den der anden måde dér. Når man er rigtigt stresset, så skal man ned igen.

Hertil kommer, at heroin-misbruget er knyttet til et miljø, en omgangskreds, en hel livsstil, som brugerne er en del af. Flere fortæller, at de kun tager stoffer sammen med andre, måske endda netop *for at være sammen med andre*. Alt dette kan metadon-tildelingen slet ikke i sig selv erstatte, og det forventer brugerne almindeligvis heller ikke - de ønsker det måske end ikke. Tildeling af metadon indebærer derfor ikke i sig selv noget automatisk og fuldstændigt skift fra illegalt og oftest blandet misbrug til legal metadon.

- Har du kunnet lægge sidemisbruget på hylden?

Nej, ikke fuldstændig. Men du må regne med, at der er en stor forskel på at være afhængig af det hver dag ... fremfor kun at gøre det, når du virkelig har råd til det.

Sådan er det ikke er noget *must*, det er det gode ved det.

Metadon-tildelingen vil for de fleste brugere betyde en begrænsning, men ikke nødvendigvis et ophør, med indtagelsen af andre, dvs. illegale, stoffer. Håndteringen af dette misbrug - af behandlerne kaldet "sidemisbrug", en betegnelse som brugerne i vidt omfang har adopteret - indgår i de løbende diskussioner mellem brugerne og behandlerne i distriktscentrene. Dette emne behandles særskilt senere.

Den første indstilling af den daglige dosis metadon, der er passende for den enkelte bruger, foregår i et samarbejde - eller udtrykket "forhandling" er nok mere passende - imellem brugeren og distriktscentrets læge. Det er en proces, som de fleste interviewede betegner som ret uproblematisk, måske endda overraskende nem, i hvert fald i første omgang. Brugerne fortæller gennemgående, at de har kunnet opnå (mindst) den dosis, som de mener har været passende til at begynde med.

Enkelte brugere fortæller dog om særlige problemer, fx i forbindelse med et ønske om at "få dosen brækket over i to", fordi de mener derved lettere at kunne optage og holde virkningen af metadonen. Dette ønske har de ikke altid mødt nogen forståelse for, eller centret har ikke ment, at det har været praktisk muligt; andre interviewede får tildelt deres metadon på denne måde, nemlig ½ dosis med hjem.

Underskriften på distriktscentrenes regelsæt for metadon-tildeling (se kapitel 3) er heller ikke noget brugerne tillægger større betydning. Betingelserne for at opnå metadon stilles af distriktscentret, og som bruger har man ikke andet valg end at gå ind på dem, uanset hvad man i øvrigt mener om dem, eller gå igen med uforrettet sag. Centrene fortæller, at det en sjælden gang sker, at en behandlingssøgende hellere går end at acceptere betingelserne.

4.2.3. Nye spørgsmål melder sig for brugerne

For brugeren begynder herefter den daglige rutine med at komme i centret og hente sin metadon - for de flestes vedkommende hver formiddag.

Men mens man er indskrevet som metadon-bruger i et distriktscenter er der til stadighed to tæt sammenhængende spørgsmål, der trænger sig på, og som brugerne løbende forholder sig til: *Er jeg her med sigte på nedtrapning eller varig metadon-tildeling? Og: Hvilken dosis metadon er den rette for mig lige nu?*

Disse spørgsmål giver ifølge interviewene anledning til mange overvejelser og diskussioner imellem brugerne og behandlerne i centrene. Spørgsmålene afspejler naturligvis direkte det dobbelte, men til tider modstridende, sigte med metadon-behandlingen i distriktscentre, nedtrapning og metadon-vedligeholdelse, som blev fremlagt i kapitel 3.

Nedtrapning af det tilvænnede opiod-forbrug, typisk heroin og derefter metadon, og dermed nedtrapning af (oplevelsen af) afhængighed figurerer som den ideale

målsætning for metadon-behandlingen i distriktscentrene. En plan for nedtrapning af metadon - eller i det mindste en principiel enighed om at nedtrappe - indgår da også i de fleste interviewede brugeres første aftale om behandlingen i distriktscentret. Nedtrapning og ophør med metadon er da det officielle formål med at modtage metadon i centret.

En del af de interviewede fortæller, at de ønsker at holde fast i dette konkrete mål, ofte netop fordi de ved, at metadon kan være vanskelig at holde op med igen. Flere fortæller om, at de nu er nået så-og-så langt ned i dosis, og hvis det fortsætter på denne måde, er de ude af metadonen om et vist antal måneder. Nogle af de interviewede er således glade for, at distriktscentret hjælper dem med at blive fastholdt på målet, fx ved at brugeren følges tæt af sin kontaktperson.

Andre ønsker ikke centrets direkte involvering i deres nedtrapningsplan - de vil hellere, som de ofte udtrykker det, "styre det selv i mit eget tempo". Disse nedtrapninger uden at centret er involveret i planen er til tider genstand for uenighed mellem brugeren og behandlerne - sidstnævnte mener, at nedtrapningen kan gå for hurtigt eller for langsomt, og derfor vil mislykkes.

For mange brugere er der ikke (længere) nogen aktuel plan for nedtrapning eller ophør med metadon, som dog ikke er bevidst opgivet, blot udskudt til et ikke nærmere fastsat tidspunkt i fremtiden. :

Jeg er ikke interesseret i at få metadon resten af mit liv, det gider jeg simpelthen ikke.

Når jeg alligevel ryger tilbage på det, er det fordi jeg har det som sikkerhedsnet. Jeg vil sgu hellere gå her og få metadon dagligt ... i stedet for at jeg skulle gå på gaden.

Flere brugere udtrykker deres syn på nedtrapning / ophør med metadon sådan, at de "gerne vil ud af det på et tidspunkt, bare ikke lige nu".

En del fortæller om, at de oprindeligt havde forventning om en nedtrapning over nogle få måneder eller ½ år, hvilket viste sig ikke at kunne overholdes. De fortæller ofte om

forskellige konkrete hændelser og problemer i deres liv, der gjorde, at den oprindelige nedtrapningsplan blev opgivet til fordel for en mere langvarig plan eller stabilisering på en bestemt dosis. Alligevel er håbet om at ophøre med metadonen ikke opgivet.

Andre *har* endeligt opgivet målet om nedtrapning til fordel for varig tildeling af metadon:

Jeg havde nok regnet med fra starten, at nedtrapningen ville blive kort. Jeg havde nok ikke regnet med, at den skulle blive så lang.

- Og nu hedder det slet ikke nedtrapning længere for dig?

Nej, det gør det ikke.

- Hvad forventede du af distriktscentret?

Jeg forventede, at jeg ville komme ud af mit misbrug. Det troede jeg dengang. Der har jeg så skiftet mening. Når jeg har gået [på metadon] i 5 år. Nu mener jeg ikke, at jeg er motiveret til at starte på noget nyt. Nu er jeg jo gammel på en måde, ikk', så nu har jeg ikke lyst til at komme på nedtrapning.

Flere fortæller på lignende måder om, hvordan målet om nedtrapning efterhånden og ofte umærkeligt afløses af ønsket om få en fast, varig tildeling af metadon.

Det er almindeligt, at de brugere, der ønsker varig metadon, har mange nedtrapningsforsøg bag sig, og at derfor efterhånden har mistet troen på nedtrapning som en vej ud af misbruget:

Jeg føler, det bliver sgu værre, det bliver sgu hårdere for hver gang. Fordi hvert forsøg, det er jo en skuffelse, når det ikke lykkedes, synes jeg. Sådan føler jeg det i hvert fald.... Man mister lysten og troen på, at det kan lade sig gøre. Det gør man.

Andre fortæller modsat, at en periode som stoffri efter en nedtrapning har bevist for dem, at det *kan* lade sig gøre, og de har (eller i hvert fald har haft) mod på at forsøge igen:

[De stoffri perioder], jeg har haft - jeg er blevet mere motiveret for at gå behandling igen. For nu *ved* jeg, at det kan lade sig gøre.

Ifølge brugernes erfaringer er det "at være motiveret" imidlertid ikke ensbetydende med, at det kan lade sig gøre i praksis at holde sig stoffri efter en nedtrapning.

Uanset hvor man aktuelt befinder sig i forhold til nedtrapning eller ej, er den fælles erfaring hos de fleste interviewede brugere, at metadon-tildelingen kommer til at indgå som en central del af ens tilværelse som stofmisbruger i behandling. Når man først har fået metadon, er den svær - nogen mener umulig - at slippe igen. Afhængigheden af metadon er blevet et nyt vilkår i tilværelsen.

Mange betegner deres metadon som den medicin, der gør dem raske - dvs. først og fremmest gør dem abstinensfri, men mange beskriver også virkningen sådan, at de fysisk og psykisk får flere kræfter i hverdagen. Disse brugere fortæller, at de er afhængige af metadon på samme måde som andre er afhængige af anden livsvigtig medicin. De skal derfor have metadon altid eller i det mindste i lang tid endnu, fordi de ikke kan undvære det. Andre brugere fastholder, at metadon ikke er medicin, men en erstatning for deres brug af heroin. De beskriver deres afhængighed af metadon på en anden måde: metadon er en mere betryggende løsning end heroin til at dække stofbehovet, som er det grundlæggende problem. Men netop det, at det er umiddelbart "nemmere" kan være med til at gøre det desto vanskeligere at have med at gøre. Nogle brugere betegner derfor metadonen som "en sovepude" eller en "sutteklud", som udtryk for deres ambivalente holdning til stoffet. De peger på, at metadonen "luller dem hen" og "ikke løser nogle problemer" på længere sigt.

Uanset om brugerne opfatter metadonen som medicin eller "stof" er afhængigheden den fælles erfaring. Ikke sjældent udtrykkes afhængigheden, nødvendigheden af at få sin metadon, som et spørgsmål om liv eller død:

Hvis jeg mistede dem ["metadonerne"], sådan lige fra den ene dag til den anden - det ville blive min død. Det ville det.

Når dødsraten for stofmisbrugere, der ikke er i behandling, tages i betragtning, må brugernes sammenkædning af metadon og overlevelse rimeligvis forstås som mere end en metafor.

Hvad enten brugerne betragter deres nuværende afhængighed af metadon som livsvarig eller ej, betyder den under alle omstændigheder et aktuelt, påtrængende behov. Afhængigheden af metadon er derfor ikke blot et vilkår i sig selv; for brugerne i denne undersøgelse indebærer det videre en afhængighed af distriktscentret som det sted, der er varetager tildelingen af metadon. Dette forhold uddybes senere.

4.2.4. Nedtrapning

De problemer med nedtrapningen af metadon, som mange brugere fortæller om, begrænser sig imidlertid ikke til, at den er vanskelig at gennemføre, ofte giver skuffelser og tilbagefald til nyt heroin- og/eller metadon-brug, og at permanent tildeling af metadon - "at blive fredet", som nogle udtrykker det - opstår som en stadig mere attraktiv mulighed. Brugere fortæller også om problemer med nedtrapning, der må rejse kritiske spørgsmål om metodens forudsætninger; den måde, den forvaltes på i distriktscentrene; og ikke mindst den betydning nedtrapning har for forholdet mellem brugerne og centret / centrets personale.

Rationalet bag "nedtrapning" er at gennemføre en gradvis afvænning fra afhængighed, fra det niveau, som brugeren har ved indskrivning i centret, til nul. Brugere fortæller imidlertid, at i praksis er nedtrapninger aldrig noget glidende og nemt forløb, og det er almindeligt, at dosis bevæger sig både ned og op igen.

Vi fandt ud af fra start, hvor meget jeg tog, så blev vi enige, med lægen. Så var det så i denne her plan, at så skulle man gå 5 ml ned hver uge. Da jeg så var nåede ned på 20-25 ml, det gik sgu lige lidt for stærkt. Så var jeg så nødt til at få den sat lidt op igen. Til de 40, som jeg så har været på lige siden. For der begyndte jeg at tage for meget ved siden af.

Gradvise nedtrapninger af metadon-dosen afløses af fornyede forøgelse, typisk hvis brugeren kan overbevise lægen i centret om, at en større metadon-dosis er nødvendig for at få bugt med et voksende sidemisbrug af heroin - det vil sige at gentage den erstatning af heroin med metadon, som jo også er hele metadon-tildelingens idé.

Jeg er blevet sat op de sidste to dage, og jeg har stadigvæk abstinenser. [Fortæller om sidemisbrug]. Men jeg må fortælle lægen, at jeg må sættes yderligere op for at kunne lægge det på hylden. Jeg kan simpelthen ikke klare de der abstinenser. Jeg blev sat 5 op; jeg vil sættes op til 20. Så har jeg fået at vide, at jeg ikke får abstinenser. Men så vil jeg også godt trappes ud af det, når jeg har været på de der 20 i for eksempel en måned. Så vil jeg gerne trappes langsomt ned, til der hvor jeg var. Det er også noget lort at være så højt oppe i alt for lang tid.

En aftale om øget dosis kan i nogen tilfælde knyttes til en aftale om øget kontrol gennem urinprøver for at se, om sidemisbruget faktisk falder / ophører. Det er imidlertid ikke helt enkelt at sænke dosis igen selvom sidemisbruget ikke skulle falde, eftersom en ny sænkning af dosis jo heller ikke i sig selv vil føre til et mindre sidemisbrug.

Målsætningen om nedtrapning af metadon og målsætningen om at stoppe sidemisbrug kommer således let i modstrid med hinanden. I praksis kan man vælge at fokusere på sidemisbruget først:

- Har du fortsat sidemisbrug?

Ja, jo, lidt. Det er også derfor, det har trukket så langt ud. Den første nedtrapningsplan var på 3 måneder. Og nu har jeg været her i 7½. ... De siger, man skal vente med at gå ned, til man har fået helt styr på alt det dér [sidemisbruget].

Omvendt fremgår det af flere interviews, at nedtrapningen kan få en tendens til at blive et mål i sig selv for den enkelte, på trods af at den pågældende bruger har et aktuelt sidemisbrug og/eller oplever abstinenser. Problemet er ikke nødvendigvis, at nedtrapningen "går for hurtigt", men at metadon-niveauet ikke opvejer, hvad brugeren faktisk er tilvænnet (faktisk bruger af stof). Nedtrapning bliver i denne situation ikke en gradvis afvænning, tværtimod bliver hvert skridt ned en smertefuld overvindelse, som brugeren tager på sig - og eventuelt kompenserer for ved øget sidemisbrug.

Når nedtrapningen bliver målet i sig selv - når det bliver et mål i sig selv at blive ved med gradvist at tage "færre metadoner", mindre dosis - bliver det også forhold *uden for* den pågældende brugers aktuelle tilvænningsniveau, der afgør forløbet. Men det er dette tilvænningsniveau, der i sidste ende afgør udfaldet: om brugeren bagefter faktisk klarer sig uden metadon og andre stoffer.

Nogle brugere fortæller således om, hvordan de kæmper med nedtrapningen og forsøger at klare sig med den stadig mindre metadon; de ser nedtrapningen som et fremskridt, selvom deres sidemisbrug eventuelt vokser, og dermed deres samlede tilvænning til opioider er den samme (eller større?).

En del af de interviewede oplever, at en aftale om nedtrapning bliver til et *pres* fra distriktscentrets side: man bliver holdt fast på nedtrapningen, også selvom brugeren måske ikke synes, at det fungerer godt. Behandlerne lader forstå, at nedtrapningen er formålet med behandlingen. Nedtrapningen kan da også blive en måde at bevise sit værd, sin "motivation" over for behandlerne.

Det var mig selv, der fik det 2 [enheder] ned.

- Du fik for meget, syntes du?

Nej, det var for at vise den gode vilje.

Afvikling af anden medicin kan også bruges:

- Presser lægen på for at du skal trappe ned?

Ja, han har påmindet mig om det. Men før fik jeg [anden medicin]..., dem har jeg ... smidt. Så han kan se, at jeg er til at snakke med.

Flere interviewede fortæller om nedtrapningsforsøg, der gennemføres uden at de selv har noget større ønske om eller tro på (forventning om), at det kan lykkes, men fordi de godt vil stå sig godt med behandlerne - eller endog fordi det forekommer dem som en betingelse for *fortsat* metadon-tildeling, at man i det mindste gør forsøget på nedtrapning: når man viser, at man *prøver*, har man en bedre position at forhandle ud fra. Også andre fordele kan man forhandle sig til gennem nedtrapning:

Jeg vil gerne [opnå ydelse fra socialcentret], men det er dyrt. ... Så jeg bliver nødt til at vise et eller andet over for Kommunen, ikk'. Så sagde jeg okay, så vil jeg godt prøve at gå ned på [mod] de 10, så langt ned jeg nu kan komme fra 15. Langsomt, selvfølgelig.

Omvendt peger andre interviewede på den modsatte situation, at man *undgår* at trappe ned, fordi man frygter ikke at kunne blive sat *op* i dosis igen, hvis det ikke fungerer uden sidemisbrug. Også dette skal imidlertid ses som udslag af den samme grundlæggende konflikt: nedtrapning *contra* afvikling af sidemisbrug som modsatrettede mål.

At nedtrapningen kan blive et mål i sig selv hænger også sammen med den underliggende antagelse, at når stoffrihed er bedre end stof-afhængighed, må *lidt* metadon også være bedre end *meget*. Ideen er da, at lidt metadon er *i sig selv* bedre end meget, fordi målet om stoffrihed da er nærmere. Det forekommer måske umiddelbart rimeligt, men logikken halter i forhold til brugernes praktiske erfaringer, sådan som det er fremgået. Der er imidlertid endnu flere problemer med det.

Ifølge brugernes erfaringer er vanskelighederne med nedtrapning ikke kontinuerlige. Metadonen bliver sværere og sværere at undvære, jo mere man nærmer sig nul. De sidste "metadoner" er de værste at nedtrappe, fordi den procentvise nedgang i dosis da er størst og mærkes mest (et fald fra 8 til 4 føles selvsagt mere end fra 18 til 14). Med faldet i dosis øges risikoen for at genoptage eller øge sit sidemisbrug også.

En af de interviewede, som er trappet langt ned i metadon siger således:

Jeg har det sådan nu, at jeg vil ikke give slip på min metadon. Det er det, der er gået galt de andre gange - det er, når jeg er kommet ned på de der 3-4 stykker, så kan jeg ikke mere... Jeg har det sådan, at hvis jeg skal være på metadon resten af mit liv, så er det ikke noget problem. Jeg synes jeg har det udmærket.

Nedtrapning fra metadon kan således være et skridt ud i det velkendt risikable, eller ud i det ukendte:

Man er bange for at slippe den [behandlingen]. Jeg kan godt forstå, at folk er sådan lidt nervøse. Klarer jeg den nu, eller klarer jeg den ikke? Klarer jeg den, er det skidegodt, klarer jeg den ikke, er det et helvede.

Hertil kommer frygten for at opleve en nedtur, en periode hvor man er syg af abstinenser, uanset at man er blevet trappet ned. Omvendt bemærker andre interviewede, at små doser metadon primært fungerer indirekte, som en betryggelse, eftersom 1-5 enheder er svære overhovedet at mærke fysisk. Med bare lidt metadon er man stadig "stofmisbruger", helt uden skal man klare sig som "stoffri".

- Hvornår er det sværest?

Det er når man er nede på et par stykker. 2 metadoner eller sådan noget. Det er noget psykisk, der begynder at drille én.

4.2.5. Ambivalenser

Det hører også med til billedet af brugernes oplevelse af metadon-behandlingen, at afhængigheden af metadon følges af ambivalent holdning til stoffet som sådan. Det er allerede nævnt, hvordan brugerne opfatter metadonen som enten medicin eller som et stof, de er afhængige af. Hertil kommer, at metadon af nogle også opfattes som stigmatiserende; det markerer både ens afhængighed og lave status som stofmisbruger: metadon-tildeling er billig opbevaring i mangel på bedre behandling. Mest slående er det dog, at praktisk taget alle, jeg har talt med, er enige om, at metadon i sig selv er farligere end heroin - fysisk og psykisk meget værre: Det er giftigere og/eller mere afhængighedsskabende, og giver værre og længerevarende abstinenser. Den lægelige forklaring på den større afhængighed af og værre abstinenser efter metadon er, at metadonen er blevet taget oftere, mere regelmæssigt og i fast koncentration, til forskel fra et almindeligvis uregelmæssigt forbrug af heroin i svingende koncentrationer. Brugere tilskriver det imidlertid metadonens større giftighed - det er et syntetisk stof, der til forskel fra heroin sætter sig i kroppen, særligt i knoglerne og i rygmarven, og kan give organskader.

Uanset hvilken opfattelse af metadon, der ligges til grund, er pointen imidlertid den samme: Metadon-tildeling løser nogle problemer for brugerne, men skaber ikke mindre - tværtimod i nogle tilfælde endda større - oplevelse af afhængighed. Også dette hører med til brugernes erfaringer med metadon. Det er disse erfaringer med fordele og ulemper, herunder ikke mindst vanskelighederne med at ophøre med brugen af metadon igen, der udgør det faktiske udgangspunkt for indsatsen.

Uanset de problemer med metadon-tildelingen, særligt i forbindelse med nedtrapning, som er beskrevet i det foregående, så er metadonen og behandlingspladsen i distriktscentret for de interviewede generelt et gode, som de ønsker at fastholde – om ikke andet, så fordi alternativerne er værre.

At være i metadonbehandling er en måde at leve som stofmisbruger på, men gennemgående på et væsentlig bedre grundlag end som aktiv bruger henvist til illegale stoffer.

Det har givet mig andet liv. Også overfor min familie. Det har givet en stabilitet. Som aktiv narkoman er du et dumt svin over for dine omgivelser - det drejer sig kun om penge.

Det er langt fra alle, der ser sig i stand til at opbygge et godt forholdet til familie og venner, og skabe tillid hos omgivelserne igen, men nogen kan:

Det vil jeg nok sige er det bedste. Man går altid og har det psykisk dårligt som narkoman, fordi man altid skylder nogen noget, eller skal op og slås med ham eller hende - der er altid noget. Hvorimod, det behøver jeg ikke mere.

Det er helt centralt for at forstå brugernes forhold til centret, at de nødtigt vil risikere at sætte de forbedringer, som metadonen og den øvrige hjælp fra distriktscentret har betydet for dem, over styr. For at citere bare to:

Du må regne med, at alt det jeg har brugt 1½ år på at bygge op, det kan jeg smide væk på 1½ måned, hvis jeg bliver smidt ud herfra. Så kan jeg starte forfra igen.

De [behandlerne] kan se, det er gået fremad. Så nytter det ikke noget, at tage metadonen. Så ryger hele korthuset på gulvet. De ville de heller aldrig gøre. Det tror jeg ikke.

Risikoen for at tabe resultaterne på gulvet forbinder brugerne især med risikoen for "at blive smidt ud" af behandlingen i distriktscentret. Denne problemstilling diskuteres udførligt i et senere afsnit (4.3.). Risikoen for at sætte forbedringer over styr findes imidlertid også ved forsøg på nedtrapning og stoffri behandling, som mislykkes. Hvis metadon-tildelingen afsluttes på den ene eller anden måde, uden at man har fundet andet fodfæste, risikerer man ikke blot at få gamle problemer tilbage i livet som aktiv stofmisbruger - man risikerer også at få vanskeligt ved at finde tilbage til behandling og eksempelvis få genetableret sit forhold til/i distriktscentret. At søge behandling er hver gang en overvindelse.

En af brugerne, som dog frygter den fastlåsthed, der ligger i denne situation, siger:

Man ved hvad man har, men ikke hvad man får.

"Man ved hvad man har, men ikke hvad man får", eller hvad man går ud til, kunne være en måde at opsummere et grundlæggende træk i mange af de interviewedes forhold til metadon-tildelingen og til distriktscentret. Brugerne sammenligner rimeligvis deres nuværende situation med den velkendte, endnu mere problemfyldte fortid, snarere end med en ukendt, usikker fremtid. Metadonen har givet konkrete fordele. Dermed er det oplagt, at ligesom nedtrapning kan ende med at blive et mål i sig selv, kan det modsatte således også blive det: Brugernes erfaringer begrundes, at opretholdelse af den eksisterende metadon-tildeling i sig selv bliver et vigtigt og absolut rationelt og meningsfuldt mål.

Der kan opstå problemer, når de to målsætninger (nedtrapning hhv. opretholdelse af metadon-tildelingen) kommer i konflikt, men det første kan også blive et middel til det sidste på længere sigt, som vi har set. Men når målsætningen bliver at opretholde metadon-tildelingen, og det at være i metadon-behandling bliver en måde at leve på

som stofmisbruger, ændrer "behandling" også betydning. Opfattelsen af behandling som et afgrænset forløb sløres; behandling går fra at være en proces, man gennemgår, til en tilstand, man befinder sig i - måske permanent? Distriktscentret er "ikke et behandlingssted, men et udleveringssted". Behandlingens udstrækning og karakter bliver diffus. Behandlingens varighed bliver en kilde til usikkerhed, som for den bruger, der spørger interviewerens:

Hvornår tror *du*, at jeg er færdig her?

Dette spørgsmål kan der heller ikke fra distriktscentrets side gives noget entydigt svar på.

4.2.6. Særligt vedrørende benzodiazepiner

Brugen af forskellige sovepiller og andre beroligende midler - særligt dem, der har fællesbetegnelsen benzodiazepiner - er meget udbredt blandt stofmisbrugere (se også kapitel 3). Dette misbrug giver ifølge bruger-interviewene anledning til en række diskussioner og til tider konflikter med distriktscentrenes personale, når behandlerne problematiserer dette brug af benzodiazepiner.

Distriktscentrene fastholder generelt og officielt, at benzodiazepiner udgør et misbrug (se dog kapitel 3). En del af brugerne er enige, især i, at forbruget kan være for stort. Mange brugere ved af egen erfaring også, at langvarigt brug er vanedannende og har forskellige skadevirkninger. Men mange fastholder samtidig, at de under ingen omstændigheder kan undvære benzodiazepinerne, i hvert fald ikke fuldstændig. De henviser ofte til, at de har fået dem gennem så mange år, tidligere ofte fra egen praktiserende læge, at de ikke kan og vil ophøre med brugen nu. En del understreger, at der er tale om medicin mod epilepsi, smerter, psykiske problemer af forskellig art, der giver udslag i søvnløshed, rastløshed, osv. og *ikke* misbrug. På dette punkt sidestiller en del brugere metadon og benzodiazepin.

Misbrug forbindes af brugerne almindeligvis som indtagelsen af stoffer, som man opnår en rus, bliver "skæv", "høj" af, mens brugen af stoffer til behandling af abstinenser eller andre helbredsproblemer ikke er misbrug, men medicinering. Denne skelnen mellem misbrug og medicin er absolut afgørende for de berørte brugere, og en del efterlyser i interviewene en større forståelse herfor hos personalet - ikke mindst fra lægen, som er den, der i givet fald skal udskrive medicinen.

Jeg beder jo ikke om dem [benzodiazepiner] for at blive skæv, det er jo bare for, at jeg kan sove om natten.

Hvorfor kan de ikke bare give mig [dem]? Jeg beder ikke om flunitrazepam eller stesolid, så jeg kan blive skæv - bare så jeg ikke får de kramper. [Fortæller om kramper pga. langvarigt forbrug af benzodiazepiner].

Lægen kan ikke *forstå*, at jeg har brug for noget smertestillende. Jeg må kun få Panodil og sådan noget - det er jo som bolsjer.

Brugernes opfattelse af lægens / personalets modvilje mod stoffernes *rusvirkning* har en oplagt parallel i tildelingen af metadon (til at drikke) som erstatning for heroin: Et stof uden rusvirkning som erstatning for et rusmiddel, det første legalt at udlevere og indtage, det sidste illegalt at købe på gaden: Metadon er medicin, heroin er misbrug. Det burde derfor i en del brugeres øjne være et rimeligt argument over for lægen, at man ikke ønsker benzodiazepiner for at blive påvirket. Brugerne forstår det sådan - og er til nød villige til at acceptere - at de ikke kan få midler til at opnå en rus, men at lægen ikke kan udskrive midler til behandling af deres fysiske og / eller psykiske problemer, finder flere af de interviewede både uforståeligt og urimeligt.

For tydelighedens skyld: Fra lægens side er det ikke rus-virkningen i sig selv, der definerer et misbrug, men tilvænningen, afhængigheden og det langvarige brug af en (skadelig høj) dosis af et stof, i dette tilfælde altså benzodiazepiner, der i øvrigt er beregnet til kortere behandlingsforløb. Det gør naturligvis ikke diskussionen lettere, at årlange udskrivelser af benzodiazepiner er meget udbredte til patienter, der ikke defineres som stofmisbrugere, hvilket nogle af brugerne i denne undersøgelse også

påpeger: At nægte stofmisbrugere benzodiazepiner er altså udtryk for en strengere kurs over for dem end over for andre patienter.

Diskussionerne mellem behandlere og brugere om adgangen til benzodiazepiner er ikke nødvendigvis udtryk for uenighed om, at stofferne skaber afhængighed eller kan have skadevirkninger, for det er mange brugere meget vel klar over. Det rummer snarere forskellige opfattelser af begrundelserne for at afvise eller begrænse udskrivningen af benzodiazepiner til stofmisbrugere.

4.3. Erfaringer med styring, kontrol og sanktioner

Det er på baggrund af de grundlæggende erfaringer med metadon, som netop er beskrevet, at vi skal forstå brugernes syn på og oplevelse af behandlernes forsøg på at styre metadon-forbruget og forsøg på at styre, begrænse og kontrollere for sidemisbrug. Disse ting indgår som centrale dele af behandlingen i distriktscentret, som det kræves i forbindelse med metadon-tildeling. Centrenes interventioner med styring, kontrol og sanktioner diskuteres meget, og udsættes for en del utilfredshed og kritik, i de gennemførte interviews. Disse diskussioner uddybes i dette afsnit. Det er imidlertid også tydeligt, at den måde brugerne oplever kontrol og sanktioner på, hænger sammen med, hvordan deres forhold til distriktscentrets personale er, og hvad de oplever, kontrollen bliver brugt til. Kontrol er således ikke bare kontrol - hvilken betydning kontrollen har, og hvor problematisk kontrollen i givet fald opleves, afhænger af, hvordan brugerne opfatter behandlingen og behandlerne. Også dette aspekt bliver belyst i dette afsnit.

4.3.1 Afhængighed

Som udgangspunkt har brugerne en fuldstændig afhængighed af distriktscentret med hensyn til at skaffe sig og opretholde tildelingen af metadon. Denne afhængighed er et grundlæggende vilkår for brugernes syn på centret og personalet, og dermed for

kontakten mellem brugere og behandlere. Brugerne kan ikke blot vælge at få metadon andetstedsfra, og de har heller ikke nogen vished for, at de kan få metadon i ubegrænset tid, så længe de ønsker den. Metadon-tildeling baserer sig på et behandlingsmæssigt skøn, og ud fra forskellige kriterier har behandlerne principielt mulighed for at opretholde, begrænse eller helt afbryde metadon-tildelingen i kortere eller længere tid eller permanent. Som flere brugere udtrykker det:

Det er dem [behandlerne], der sidder på flasken.

Det er dem, der har magten.

Pointen er ikke den, at brugerne i praksis oplever, at centrene bruger denne magt til kontinuerligt at koble brugerne ind og ud af metadonbehandling, som det passer dem. Pointen er snarere, at brugerne fundamentalt set er afhængige af behandlernes bedømmelser af den enkeltes behov for metadon, udviklingen i den enkeltes behandling, adfærd, osv. Som vi skal se, er det ofte uklart for brugerne, efter hvilke kriterier disse bedømmelser sker. Men derudover giver afhængigheden i sig selv anledning til en grundlæggende frygt for at miste metadon-tildelingen fra distriktscentret.

4.3.2. Kontrol

De krav, som distriktscentrene stiller, og de former for kontrol, som de anvender, er beskrevet i kapitel 3. Det drejer sig hovedsageligt om kravet om dagligt fremmøde (med mindre andet er arrangeret), kravet om at komme til tiden, opsyn og kontrol med brugernes adfærd og fremtoning i centret - særligt med hensyn til eventuel påvirkethed af stoffer, samt urinprøver og evt. alkometer. Det fremgår tydeligt af interviewene, at disse kontrol-tiltag opfattes og bedømmes på vidt forskellige måder af brugerne.

En stor del af de interviewede tager kontrollen for givet - noget selvfølgeligt, som de ikke nødvendigvis tillægger den store betydning. Brugerne synes gennemgående at be-

tragte den generelle sammenkædning af metadon-tildeling med regler og kontrol som indlysende, fx udtrykt sådan:

De kan ikke rigtig gøre det anderledes, de skal have en eller anden form for kontrol med det. Det synes jeg er i orden. Man kan misbruge det [metadonen].

Dette udelukker imidlertid ikke, at den enkeltes erfaringer med fortolkningen af regler og brugen af kontrol udsættes for kritik, som vi skal se. Den generelle accept af kontrol hænger for nogle sammen med, at de ser kontrollen som en del af den *handel*, de har indgået med distriktscentret om behandling: de får metadon til gengæld for at lægge rene urinprøver, være ærlig om sidemisbrug, komme upåvirket, osv.

Jeg vil sige: noget for noget. Jeg har aldrig nogensinde løjet om - hvis de spørger, om jeg kan lægge en ren urinprøve, så siger jeg, om jeg kan lægge en eller om jeg ikke kan lægge en.

- Noget for noget?

Altså, når de tilbyder, at man kan få en metadon-nedtrapning, så synes jeg også man skal gøre noget for det. Man skriver under på, at man skal prøve at være ærlig. Der kan man godt føle, at de vil have noget igen, en form for tillid, eller - ...

Nogle brugere føler sig bekræftet i opfattelsen af behandlingen som en "handel", en udveksling af ydelser, noget-for-noget, knytter sig til den aftale om behandling, herunder accept af betingelser for metadon-tildeling og udarbejdelse af handleplan, som brugerne indgår med centret.

En del af de interviewede forbinder ikke kontrollen med noget specielt formål, eller sætter den ikke nødvendigvis snævert i forbindelse med deres egen behandling. Kontrol er snarere et formelt krav, fx noget distriktscentret skal gennemføre efter påbud udefra:

[I forbindelse med drøftelse af kontrol for sidemisbrug:] Jeg ved ikke hvordan de skulle... - de er jo ligesom nødt til at sætte nogle grænser. Og det har også noget at gøre med, at Kommunen også skal se... de betaler jo de der 10½-11 tusind om måneden, de skal nok også se nogle rene urinprøver engang imellem, for at de vil betale. Sådan tror jeg at det foregår.

I forhold til deres egen, individuelle behandling er det vigtigt at bemærke, at brugernes opfattelse af kontroltiltag, såsom urinprøver, befinder sig imellem ønsket om hjælp på den ene side, og følelsen af overvågning og risiko for sanktioner på den anden. Nogle ser ingen modsætning imellem de to:

Det er både en kontrol og en hjælp. Det er også en hjælp - her på mandag, hvis jeg ikke aflægger en urinprøve, nå-ja så, enten bliver jeg smidt ud, eller også så fortsætter jeg med at gå herinde, og det går nogenlunde, eller også ryger jeg helt ud og ryger helt ned i rendestenen. Jeg føler også, at det er en hjælp.

For denne bruger virker urinprøve-kontrollen, forbundet med frygten for at blive "smidt ud", altså ansporende. Andre, der bliver stillet over for det samme, opfatter urinprøve-kontrol som en urimelig trussel.

Hvis jeg ikke har lagt rene urinprøver inden for denne her måned, så ryger jeg på byambulatorium. Det bliver konsekvensen. Og det føler jeg som en trussel. Den kører inde i hovedet.

Alt efter den enkeltes personlige erfaringer og den aktuelle situation, kan det således være hjælpe- eller overvågningsaspektet af kontrol-tiltagene, der dominerer.

Én type erfaring med kontrol er, at den kan bruges positivt i forholdet til distriktscentret. Det gælder særligt enkelte interviewede, der har indgået en aftale med distriktscentret om at lægge faste, hyppige urinprøver, som led i arbejdet med at få hold på et sidemisbrug. De anvender da urinprøverne som middel over for sig selv, og kan diskutere problemerne med distriktscentret. I disse tilfælde tager kontrollen altså afsæt i en aftale mellem bruger og behandlere, der forudsætter gensidig tillid.

Det imidlertid også meget almindeligt i interviewene, at kontrollen opfattes som udtryk for behandlernes bestræbelser på at overvåge brugernes sidemisbrug, og dermed om de lever op til behandlingens formål eller ej. Det er et gennemgående indtryk hos de interviewede, at den grad af kontrol, især ved urinprøver, som den enkelte bruger udsættes for, er udtryk for hvilken grad af tillid og kendskab behandlerne har til

ham/hende. Mange urinprøver er således udtryk for mistillid og/eller ukendskab, mens få eller ingen er udtryk for tillid. At behandlerne ikke beder om urinprøver opfattes af flere som udtryk for en privilegeret status som bruger. De brugere, der ser sig selv i denne position, er selvsagt ikke særligt kritiske over for kontrol, og flere fortæller, at de kan fortælle deres behandler om sidemisbrug fremfor at lægge urinprøver.

Flere interviewede er meget kritiske over for kontrollen. En del af denne kritik retter sig ikke nødvendigvis mod en bestemt form for kontrol eller en bestemt anvendelse af den, men snarere i almindelighed mod det ulige forhold mellem brugere og personale, hvori behandlernes kontrol og opsyn med brugernes adfærd indgår som et element:

Vi er jo jævnaldrende mange af os [brugere og behandlere]. Jeg føler mig pinlig mange gange, altså. Over at der står sådan én med en løftet pegefinger. Det er ligesom at have sin far over sig, eller mor. Hvis man har gjort et eller andet forkert, og man er jo godt selv klar over det. Men det er bare som om, der bliver jokket i det.

Jeg føler mig umyndiggjort, jeg føler mig sat ud i sådan en klientrolle, hvor behandlerne "alene bedre vide" end mig. Altså, jeg har også nogle erfaringer, jeg har også et kendskab til mit eget liv, mit eget system, og alt mulig andet. Der føler jeg, der bliver talt hen over hovedet på én, helt klart.

Disse brugere beskriver nærmest kontrol som en form for overgreb. Andre brugere synes derimod at have vænnet sig til kontrollen som en del af deres forhold til behandlerne, og tager den for givet. Derfor er det er slående nok ofte ret nye brugere, der mest bemærker kontrollen, og den mistillid, den er udtryk for, i forholdet til behandlerne. En af dem siger:

Jeg synes de [behandlerne] virker søde. Men altså, lurende hele tiden - det dersens: overvågning. Og det er jeg slet ikke vant til. Jeg er ikke vant til at blive overvåget. ... Du bliver stemplet, lige fra starten. Det synes jeg er forkert.

De forskellige konkrete *former* for kontrol og opsyn med brugerne har imidlertid også forskellig betydning. Mange er kritiske over for kravet om dagligt fremmøde; de påpeger, at denne bundethed til centret begrænser deres liv for meget, fx med hensyn

til at kunne besøge familie og venner. (Det skal bemærkes, at de fleste interviews blev gennemført før distriktscentrene indførte weekendlukning, og gav brugerne metadon med hjem til weekenden).

- Du sagde forleden: "Jeg hader de 'doner'".

Det er også klart! For de styrer hele ens liv. Jeg er nødt til at komme her hver dag og få dem.

Nogle interviewede finder kravet om at overholde distriktscentrets tider for metadonudlevering for striks. For sent møde kan betyde, at man ikke får sin metadon den pågældende dag, omend centrene opfordrer til, at brugerne ringer i åbningstiden og fortæller, hvis de er forhindret og må komme senere. Nogle fortæller, at de har været ude for ikke at få deres metadon på grund af for sent fremmøde:

Tager de metadonen fra vedkommende, så ved de også godt, at personen går ned og skal have noget andet [dvs. køber stof]. Men de ved til gengæld også godt, at ser de gennem fingre med, at hvis personen kommer for sent, [og] så giver de personen sit metadon [alligevel], så går han - eller jeg - ikke ud og tager et eller andet. At de så alligevel tager metadonen fra folk... Det har jeg oplevet flere gange... Den ene gang ... da jeg kom herind, var den 8 minutter over halv-11, og da fik jeg at vide, at jeg ikke kunne få min metadon.

Betydeligt flere end dem, der selv har været ude for dette, fortæller, at de er *bange for* at komme for sent.

Den form for kontrol, der ligger i de ansattes opsyn med brugernes adfærd og synlige sidemisbrug, får ikke kun kritik: de interviewede er for eksempel generelt enige i, at man ikke bør møde (alt for) påvirket i centret, og at man skal overholde regler for ordentlig opførsel. Der er imidlertid også mange brugere, der fortæller om, at overvågningen af brugernes adfærd nogle gange går for vidt, og hvordan de kan føle sig mistænkeliggjort eller anklaget uden grund:

Når man kommer her - hvis man er i godt humør, så har man "taget noget". Men det er tit, når du får skyld for at have taget noget, du har ikke taget en skid. Det irriterer mig.

Nogen gange så ved folk ikke, hvordan de skal opføre sig. Hvis man ikke siger noget, er der også noget galt. Hvis du er glad, så må du være påvirket. ... Jeg er kommet påvirket herop én gang i al den tid, jeg har været her. Men sat'næd'me' fået skyld for det mange gange. Det er sgu negativt.

Overvågningen retter sig ikke kun mod brugernes påvirkethed, men også deres generelle opførsel i centrene, herunder ikke mindst om brugerne taler om, laver aftaler om eller ligefrem medbringer eller handler med stoffer. Det giver brugerne det generelle indtryk, at behandlerne hele tiden har mistillid til dem - "du skal hele tiden selv bevise din uskyld", som en bruger sagde.

Betydningen af *urinprøver* har allerede været nævnt. Urinprøverne bliver gjort til genstand for en del kritik i interviewene. Kritikken retter sig for det første mod selve den overvågede prøvetagning, der af nogle omtales som ubehagelig og pinlig.

Jeg hader pisseprøver - når der står én og glør på én.

For det andet bliver urinprøverne kritiseret for at være kontrolredskab, der bruges tilfældigt og uigennemskueligt af behandlerne. Flere fortæller, hvordan de bliver "overrasket" med urinprøver.

Så kan jeg have haft en periode på 2 måneder, hvor jeg er faldet i én gang, og så dagen efter skal jeg have taget en urinprøve, og den er snavset. Det siger jeg så [fortæller det på forhånd], men siger så også, at jeg har altså lige haft en lang periode uden [sidemisbrug]. Men så er spørgsmålet: bliver du troet eller ikke? Altså, jeg kan lige så godt risikere, at de vælger at tro, at "han har et regulært, dagligt sidemisbrug". Og så står jeg der!

Mange af de interviewede skildrer urinprøve-systemet som et spørgsmål om at være heldig eller uheldig med hensyn til, hvornår der bliver taget urinprøve. Hertil kommer, at flere har erfaring for, at misbruget ikke altid viser sig i prøverne - det gør dem yderligere vanskelige at have med at gøre.

Enkelte brugere beskriver tværtimod urinprøve-tagning som et *netop* gennemskueligt kontrolinstrument. Urinprøvekontrol er da et rent spil, som man selv kan styre.

Jeg aflægger urene urinprøver. Det er strategi, jeg lægger bevidst. Jeg har et sidemisbrug, men det er ikke så stort. Det er vigtigt for mig, for at holde min metadon-dosis oppe, at jeg lægger nogle negative urinprøver. Hvis jeg kun lægger rene urinprøver, kommer de og siger: "jamen det går jo godt, [navn], nu skal du fem [metadonenheder] ned om ugen". Men så længe hver tredje-fjerde gang min urinprøve er negativ, så: "Jamen, det går jo ikke så godt - du er ikke helt stoffri". Så får jeg lov at køre med den dosis, jeg har det godt med. ... Hvis jeg ikke har noget heroin, så tager jeg en kodimagnyl, den slår også ud, der er codein i. Det er sådan set nok til at aflevere en positiv. ... [Men] ...ikke for mange positive, så vækker man også for meget opmærksomhed, og så bliver man hevet ind til ekstra kontrol. ... Sådan bliver det let med sådan nogle systemer.

4.3.3. Konsekvenser og sanktioner

Brugen af forskellige kontrol-tiltag i behandlingen skal også ses i sammenhæng med de overvejelser om "konsekvens i behandlingen", der blev gjort i forbindelse med forarbejdet til og vedtagelsen af oprettelsen af de fire distriktscentre, jf. kapitel 2. Som det fremgår dér, var "konsekvens i behandlingen" oprindeligt tænkt tilknyttet den sociale handleplan. Ideen var, at *individuelte aftalte* konsekvenser skulle virke ansporende for den enkelte brugers motivation for at gennemføre behandlingen.

I distriktscentrenes praksis har "konsekvens" imidlertid fået en anden betydning, idet konsekvenser eller sanktioner - i det omfang disse betegnelser overhovedet anvendes - snarere defineres som indgriben over for brugere, der ikke overholder reglerne for behandling og adfærd i centret. Det vil sige, at konsekvenser eller sanktioner knyttes til en håndhævelse af de almene, fastsatte regler for at være bruger af distriktscentret, og ikke længere har noget at gøre med individuelle aftaler.

Det skal understreges, at formålet med denne gennemgang ikke er at vurdere rimeligheden af de gennemførte konsekvenser / sanktioner, men kun at søge at forstå, hvilken rolle de spiller set fra brugernes synspunkt.

Der opereres med en række negative sanktioner over for brugerne: udelukkelse fra deltagelse i en aktivitet (én dag eller permanent), ingen metadon den pågældende dag (for sent fremmøde, påvirkethed), mindre dosis (påvirkethed), "administrativ nedtrapning" (til forskel fra behandlingsmæssigt defineret) på et apotek og derefter genoptagelse af behandlingen på distriktscentret, overførsel til anden behandling, bortvisning / udskrivning fra behandling (ved vold, trusler mod personalet eller andre brugere).

Ifølge samtaler og interviews med brugerne giver de beskrevne sanktioner er i høj grad anledning til usikkerhed og tvivl. Det er ikke altid gennemskueligt for brugerne, hvilke sanktioner, der træder i kraft over for hvem og hvornår. Flere interviewede nævner som det klareste eksempel på uforudsigeligheden af sanktioner, at henvisning til at skulle hente sin metadon på apoteket kan anvendes både som belønning og straf. Sanktioner fremtræder da ikke som et formelt system, men som et antal straffe-muligheder, som behandlerne kan tage i anvendelse ad-hoc.

Der synes at være en vedvarende diskussion mellem brugerne, og imellem bruger og behandlere, om hvilke sanktioner, der kan iværksættes hvordan, og hvad der er ret og rimeligt i den forbindelse. Der fremsættes mange forskellige synspunkter i interviewene, og der er stor uenighed mellem brugerne. Nogle mener, at sanktioner er helt nødvendige, ikke blot over for brud på ordensregler osv. i centrene, men også over for brugernes fortsatte sidemisbrug. Oftest begrænser det sig til en generel erklæring om, at "der er nødt til at være nogle konsekvenser" eller "der skal være grænser". Nogle efterlyser også generelt, at "behandlerne skal være mere konsekvente". Det er sjældnere, at brugerne formulerer konkret, hvordan konsekvenserne skal udformes. Nogle få efterlyser helt håndfast, at fortsat misbrug skal føre til bortvisning fra behandling:

Hvis de fortæller folk fra starten af: fra den 1. er det lavet om. Næste gang du kommer med en beskidt urinprøve, så får du en pegefinger [advarsel], næste gang [efter] så er det altså *good-bye*. Og der er ikke noget med formildende omstændigheder.

Det må rimeligvis tilføjes, at de brugere, der efterlyser skrappe sanktioner, som regel ikke selv forventer at blive berørt af dem - men enkelte mener dog, at det vil hjælpe dem selv til at overholde behandlingen.

Mange andre giver udtryk for det modsatte synspunkt om sanktioner: De peger på, at sanktioner - som fx begrænsning af metadon-tildeling, udskrivning fra behandling i en periode - ikke blot er uvirksomme, men i modstrid med formålet med behandlingen. En af de interviewede siger:

... At rende rundt med den lille pisseprøve dér og vifte med den, og "nu skal du, og hvis den ikke er ren, så falder der brænde ned!". Og det har lige den modsatte virkning, ikk'. Det *har* det altså. I stedet for at folk [behandlerne] sagde: "Det her tager du altså stille og roligt selv - det bliver jo hverken værre eller bedre eller dårligere". Hvis du bliver smidt ud - det bliver det bare værre af, i virkeligheden. Så går man ud og laver endnu mere ballade. Det bliver for meget på alle områder. ... "Om du har et sidemisbrug én eller to gange om ugen eller en gang om måneden, det er jo egentlig lige meget. Så længe du er her, så har vi nogenlunde tjek på dig".

Ligeså er der nogle interviewede, der peger på, at negative sanktioner i det hele taget ingen effekt har på stofmisbrugere: Af egen erfaring ved de meget vel, hvad stofmisbruget fører med sig af fysiske, psykiske og sociale konsekvenser - men det har ikke kunnet få dem til at holde op. Hvorfor skulle "mere straf" så kunne gøre det?

Nogle interviewede er meget i tvivl om sanktioner, og en del fremsætter helt modstridende synspunkter i løbet af interviewet. En del af uenigheden og tvivlen om sanktioner gælder også spørgsmålet, om der skal tages individuelle hensyn i forbindelse med sanktioner, eller om der tværtimod skal gælde fælles regler, så man ved, hvad man har at rette sig efter.

Ét er imidlertid den eksplicitte kritik fra mange af brugerne af problemer og mangel på formål med kontrol-tiltagene - noget andet er, at en del brugere fortæller om, hvordan de ser selve kontrol-tiltagene og kravene fra behandlernes side som negative sanktioner i sig selv. Altså ikke blot, at kontrol kan give anledning til sanktioner, fx ved at afsløre sidemisbrug eller påvirkethed, men at kontrollen i sig selv er udtryk for, at behandlerne forsøger at "styre" dem som brugere. På linje med, at kravet om at aflægge urinprøver opfattes om udtryk for behandlernes mistillid og manglende personligt kendskab til den enkelte bruger, kan kravet om urinprøver ses som udtryk for en straf i sig selv - at man bliver fulgt meget nøje af behandlerne:

Hvis man [brugerne] stiller for store krav, eller er påtrængende, eller ikke har den adfærd, de gerne vil have... Så kan man så sanktionere på forskellig måde. For eksempel kort frekvens mellem urinprøverne. Hvor normalt man aflægger ca. en om måneden, så lige pludselig skal man aflægge en hver 8. - 10. dag.

Tilsvarende betyder fravær af urinprøver en belønning, en anerkendelse:

- Får du taget urinprøver?

Jeg har fået taget to eller tre i den tid, jeg har været her. Når de lærer folk at kende, kan de se, at der ikke er nogen grund til at blive ved med at forfølge mig. Jeg laver ikke noget ballade.

Afslag på goder - fx adgang til at tage metadon-dosis med hjem til næste dag - kan også opleves som en straf: "Jeg har aldrig kunnet få en fridag", som én sagde.

Brugere med disse erfaringer ligger ofte vægt på, at man for at undgå sanktioner i form af øget kontrol og skærpet opsyn fra behandlernes side, må sørge for "ikke at brokke sig for meget", "ikke at gøre sig upopulær", fordi "behandlerne da ser sig gal på én".

Det opleves da, at kontrol gennemføres tilfældigt, "på mistanke", eller afhængigt af den enkelte behandlers indstilling til kontrol, idet forskellige behandlere har forskellige holdninger, forskellige måder at forvalte regler på. En af de interviewede siger således om omfanget af kontrol:

Det kommer an på, hvem man har som behandler.

Endog behandlernes humør synes at spille en rolle:

Det skal nok passe, at det er en sur én, der står der den dag [man kommer for sent].

Bekymringen over disse uformelle kontrol- og sanktions-tiltag er meget betydelig hos nogle brugere, og det har selvsagt store konsekvenser for deres brug af centret og deres forhold til behandlerne. Det er således ikke (blot) administrationen af formelle sanktioner, der kan være et problem fra brugernes synspunkt, men i høj grad også de uformelle forhold vedrørende kontrol og sanktioner, og i det hele taget at brugerne forbinder sanktioner med usikkerhed og uforudsigelighed. For nogle går det endog så langt, de frygter at blive bortvist fra centret alene på grundlag af, at de har gjort sig upopulære hos behandlerne. "Hvis de i forvejen er trætte af én, skal der ikke så meget til", som en sagde. Denne frygt for at blive bortvist er den ultimative sanktion i brugernes øjne. Dette diskuteres nedenfor (afsnit 4.3.4.).

Helt særlige problemer med kontrol og (frygt for) sanktioner gjorde sig gældende for mange af de interviewede, der havde børn, som oftest var anbragt uden for hjemmet eller boede hos en tidligere partner. Disse interviewede var gennemgående meget bekymrede for, om de ville miste retten til at se / være sammen med disse børn, hvis de ikke overholdt kravene i forbindelse med behandlingen (fx nedtrapning til en vis dosis eller ophør med sidemisbrug). For denne gruppe brugere får spørgsmålet om kontrol og sanktioner en hel anden dimension. Brugerne frygter ofte, at distriktscentrets samarbejde med og videregivelse af oplysninger til socialcentret og de sociale myndigheder i det hele taget kan medføre at samværsretten mistes, hvis behandlingens formål ikke overholdes. Denne risiko for at miste børnene opleves som et magtmiddel i sig selv:

Det er det værste, man kan bruge mod et voksent menneske - det er sgu da at bruge børnene imod dem. Det er noget af det værste, der kan ske.

4.3.4. Den ultimative sanktion: at blive bortvist fra behandling

Brugernes afhængighed af metadon og af distriktscentret betinger frygten for den ultimative sanktion: Frygten for "at miste sine 'doner'", for "at blive smidt ud" - enten i et kortere tidsrum ("administrativ nedtrapping", "karantæne") eller permanent (bortvisning). Denne frygt synes altid til stede i et vist omfang for de interviewede metadon-brugere. Det betyder, at for nogle brugeres vedkommende bemægtiger hensynet til at opretholde metadon-tildelingen sig både relationen til behandlerne og alle overvejelser om nedtrapping, behandling, osv.:

Det gælder om at beskytte sine doner,

som en bruger lakonisk udtrykte det. Man må kontrollere sin adfærd og sine udtalelser over for behandlerne, skjule et eventuelt sidemisbrug, osv., eller risikerer man at miste adgangen til den metadon, som man er afhængig af.

Brugerne har gennemgående ret markante holdninger til spørgsmålet om tvungen udskrivning / bortvisning fra behandling. Som beskrevet i kapitel 3 skelner distriktscentre mellem forskellige kriterier for tvungne udskrivninger: "absolutte kriterier" (vold, trusler om vold, stofindtagelse i institutionen, stofhandel, hærværk, tyveri i institutionen eller nabolaget) og "relative kriterier" (manglende udbytte af behandlingen, gentagen fremmøde i påvirket tilstand, etc.). De sidstnævnte har ifølge centrene ikke længere nogen praktisk betydning - se kapitel 3.

Disse to typer kriterier så de interviewede gennemgående som helt forskellige. Langt de fleste mente således, at der burde skrides ind over for vold, trusler, osv. - der kan være uenighed om fortolkningen af den enkelte situation, men ikke grundlæggende om, at der skal være regler mod den slags. Som nogle af de interviewede siger: "De er jo de regler, der også gælder i resten af samfundet".

Hvis vold - så må det samme ske, som alle andre steder i samfundet: så må vi overlade det til politiet. Det forstår jeg godt, men det er også noget

helt andet. ... Det jeg lægger op til, det er, at vi skal kunne diskutere det - der er ikke nogen, der skal smides ud, fordi de har det dårligt. Det er noget andet, hvis du er voldelig - det er OK.

Enkelte af de interviewede tilføjer dog, at voldsepisoder og trusler ikke opstår ud af ingenting, og at de kan være symptom på problemer og frustrationer hos den pågældende bruger, som behandlerne burde være (burde have været) opmærksomme på. Udskrivningen i sig selv hjælper ikke, men kan være vanskelig at undgå at hensyn til behandlerne og andre brugere, når det først er kommet så vidt.

Andre former for regelbrud (stofindtagelse, stofhandel, etc.) bedømmes forskelligt af brugerne mht. hvor alvorlig forseelsen er, og om det bør føre til en udskrivning. Flere brugere påpeger igen, at brugere, der gør den slags, har problemer, som der burde tages fat på, og ikke "straffes for".

De stærkeste udtalelser anføres imod at udskrive brugere på grund af sidemisbrug eller andre misbrugsrelaterede forhold. Det anser de interviewede for både urimeligt og ulogisk. Det lyder samstemmende fra dem: "Det hjælper ikke. Det gør kun tingene værre". Når problemerne med sidemisbrug bliver for voldsomme, må behandlerne træde til og få brugeren i tale - ikke støde ham / hende fra sig. Udskrivning har ingen, heller ikke nogen afskrækkende effekt. Et par af de interviewede sammenfatter problemstillingen meget præcist sådan:

Folk ryger lige tilbage til gaden, som de prøver at komme væk fra!

De straffer én for at være misbruger. Men det var jo det, man kom for at få hjælp med!

Frygten for tvungen udskrivning, dvs. frygten for at miste sin metadon og sin behandlingsplads er udbredt i interviewene, og konkrete episoder med brugere, der har fået udskrivninger / karantæner nævnes i interviewene som eksempler på, at denne frygt er virkelig nok: man ved aldrig. Disse episoder giver tydeligvis meget voldsomme dønninger og anledning til megen bekymring og diskussion mellem brugerne i centrene.

Man kan sammenholde denne udbredte frygt for at blive "smidt ud" med antallet af faktiske bortvisninger fra distriktscentrene. Til dette brug er der til denne undersøgelse lavet en sammentælling af data fra Status- & Forskningssystemet for behandlingssystemet for stofmisbrugere, over udskrivelser af brugere, der har været indskrevet til behandling i distriktscentrene indtil primo 1997, i alt 1050 udskrivelser. Heraf fremgår det, at bortvisninger udgjorde godt 8% af udskrivelserne (88 ud af 1050). Disse er ret ujævnt fordelt på distriktscentrene, således at DCVestre og DCNordre har haft flest (12-14% af deres udskrivelser), mens DCIndre og DCAmager har haft færrest (1-3%). Det skal dog tilføjes, at disse tal er historiske, og ikke nødvendigvis afspejler nogen aktuel praksis. Det er også bemærkelsesværdigt, at denne forskel mellem centrene giver ikke umiddelbart mærkbare forskelle mellem interviewene med brugerne i de fire centre. Uanset om man vil betragte de 8% som få eller mange, er det under alle omstændigheder næppe hyppigheden, hvormed det sker, der kan begrunde brugernes frygt: Det er snarere selve den alvor, som risikoen for udskrivning indebærer. Frygten for udskrivning afspejler nøje brugernes afhængighed af centret i sig selv, koblet til den uforudsigelighed eller tilfældighed, som brugerne forbinder med kontrol og sanktioner.

Ét problem er altså uforudsigeligheden, at brugerne ikke *ved*, hvordan behandlerne vil reagere, med hvilke sanktioner og hvornår. Men det er også tydeligt, at problemet ikke blot har at gøre med ukendskab til regler for metadontildeling og usikkerhed over for behandlernes dispositioner. Frygten for at miste sin metadon-tildeling er mere fundamental. Det er således karakteristisk, at en af de interviewede i samme åndedrag rationelt kan afvise muligheden for at blive smidt ud og miste metadonen, og så alligevel frygte det:

- Er du bange for at blive smidt ud?

Jo, det er jeg sådan set. Jeg er bange for, at de smider mig ud, og jeg så lige pludselig ikke kan få min medicin. Det er det, jeg er bange for. Og så at jeg skal ind [i gaden] og lave penge og sælge mig selv. Og så at jeg kommer endnu længere ud i møget. Men det mener de, at det kunne måske hjælpe, for så kunne jeg blive mere motiveret. Det mener jeg absolut ikke er rigtigt, vel? ... Det skræmmer jo. ... Men når du så får de der abstinenser, så glemmer du... Men nu er det jo sådan, at de kan ikke smide én ud. Jo, det

kan de godt, men så bliver de nødt til at overflytte mig til et andet sted. Men det er min største skræk - det er, at de tager den medicin fra mig. Det er det altså, det sidder i baghovedet på mig hver eneste dag.

I DCIndre har man forsøgt at imødegå brugernes usikkerhed om regler for metadon-tildeling ved at fastsætte fælles, klare regler og informere brugerne om det. Dette vedrører dog fortrinsvis hjemtagelsesregler o.lign., ikke de mere grundlæggende forhold vedrørende retten eller ej til metadon i centret. Flere behandlere i de andre centre peger også på, at det skal være klart for brugerne hele tiden, hvad der besluttet og hvorfor: Dette øger brugernes tryghed og behandlingens gennemskuelighed. Imidlertid baserer brugernes frygt for udsnitsning og andre sanktioner sig ikke særligt på konkret ukendskab til reglerne, men grundlæggende på deres afhængighed af distriktscentret.

4.3.5. Ikke “konsekvenser” - men *respons*

Som nævnt er der nogle brugere, der oplever kontroltiltag som positivt, som udtryk for interesse fra behandlernes side. Flere brugere efterlyser en stærkere interesse fra behandlerne, netop i de situationer, hvor kontrollen ofte skærpes, fx ved mistanke om (øget) sidemisbrug:

Når vi kommer og skal have vores saftevand [metadon], der har de [behandlerne] jo nok en god indflydelse - eller ikke “indflydelse”, [men] der kan de jo nok se, hvem er påvirket, og hvem ser sådan nogenlunde påvirket ud. Der synes jeg, de skal støtte den [bruger] lidt mere op, hvis de har set én, der har været påvirket - snakke lidt mere med ham, og spørge hvad fanden, der er i vejen.

Denne bruger nævner, at urinprøver kan være en mulighed i sådanne situationer, men de giver ofte anledning til uenighed og mistillid (jf. tidligere). Vigtigere er det at behandlerne viser interesse og vilje til at gå ind i problemet.

Der kunne man også godt efterlyse, at medarbejderne måske så lidt mere efter os, på ansigtsudtryk og hvordan vi ser ud, om de [man] måske har

brug for en samtale. Jeg synes der mange gange, når der kommer en klient, der er ude i et sidemisbrug, så kommer de først bagefter, når han er faldet i vandet. ... Det har vi efterlyst meget på husmøderne. Tage lidt mere handlefast på klienterne. Når de kan se, at de er på vej ud i et misbrug.

- Være opmærksom på, om der er sket et eller andet i deres liv, der har gjort...?

Ja, eller om de bare er inde i en dårlig periode. ... Hvis en medarbejder kunne se, at der var en klient, der var lidt indesluttet, så [skulle han] sætte sig hen og sludre lidt med ham.

Medarbejderne kritiseres således i nogle interviews for ikke at vise stor nok interesse for brugernes befindende:

Det er enten, fordi de ikke kan lide det, eller også... de er måske ligeglade. Jeg har nogen gange set, hvis en medarbejder godt har kunne se at han [dvs. en bruger] var påvirket - enten en skuldertrækning eller også: ”åh, hvor er det synd for ham” ... De fleste gange beder de så klienten om at gå, fordi han er for påvirket. Det synes jeg også er godt nok, fordi jeg synes ikke, man skal være påvirket herinde. Men ... så kunne man lige tage sig en snak med vedkommende, inden man beder ham om at gå ... Så når han kommer næste morgen, så har man snakket om det, og han er måske på vej til at blive lidt mere klar i hovedet.

En anden bruger har præcis denne erfaring med, at behandlerne viser interesse:

De er meget omsorgsfulde, meget opmærksomme. ... Selv om det er ikke ens egen behandler, er der altid en, der står der og siger: ”Hvorfor fa'en står du dér og hænger med kluden i dag, [navn]?”. Og det er fedt.

- De lægger mærke til hvordan du har det?

Ja, selvom NN [brugerens kontaktperson] ikke lige er der, kan jeg ikke lige vade igennem og få min metadon og gå igen. For tre måneder siden ville jeg have oplevet det som meget ubehageligt. Men jeg oplever faktisk i dag, at det er meget dejligt.

Brugernes tilkendegivelser på Brugerkonferencen 1991 (se kapitel 2) blev tolket sådan, at "brugerne ønsker konsekvens", og dette blev omsat i overvejelserne om handleplanen m.v. Flere af de interviewede i denne undersøgelse er imidlertid skeptiske eller afvisende over for den forståelse af "konsekvens", der fortolker det som straffetiltag. Enten afviser de Brugerkonferencens konklusioner, med udsagn i retning af "det kan man altid få folk til at sige", "narkomaner er altid de værste over for sig selv"; eller de siger: "det, man ønsker, er at blive holdt fast, få opmærksomhed om sine problemer, ikke få lov at smutte så nemt" - men ikke under trussel om muligheden for at blive smidt ud. En anden bruger udtrykker det sådan, at brugerne med "konsekvens" ønsker "*respons*", og ikke "straf": respons og opmærksomhed fra behandlerne om ens tilstand og situation som misbruger. Det skal med andre ord gøre en forskel, hvordan man har det. Disse brugere peger dermed på ønsket om et godt forhold til, opmærksomhed fra og tid sammen med behandlerne i centret.

4.4. Handleplaner

De interviewede er også blevet spurgt om deres erfaringer med de individuelle sociale handleplaner, der som led i behandlingen skal udarbejdes for hver indskreven bruger i distriktscentret (se kap. 2 og 3). Formålet var at få indblik i, hvordan brugeren i praksis havde oplevet forløbet i forbindelse med udarbejdelse og iværksættelse af planen, og hvilken betydning den havde haft.

For de fleste interviewede havde forløbet vedrørende selve udarbejdelsen af handleplanen ikke gjort noget videre indtryk: En del kunne ikke huske, om de havde fået lavet en handleplan eller ej, og en del andre opfattede blot handleplanen som "endnu et stykke papir, der lige skulle udfyldes" som et af adgangskravene til (at blive i) behandlingssystemet. Det er oplagt, at der her er en sammenhæng med, hvilke forventninger til distriktscentret, brugeren på forhånd havde - ikke mindst, om de hovedsageligt ønskede metadon eller også havde andre forventninger til behandlingen.

For nogle af dem, der havde indtryk af handleplanen som en formalitet, er det oplagt, at de ikke så den som mulighed for selv at komme frem med ønsker og mål. Handleplanen sås snarere som et redskab for behandleren til at undersøge brugerens behov, motivation eller indstilling. De interviewede fortæller da, at "så siger man bare et eller andet", "noget de vil høre".

For nogle har forløbet vedrørende handleplanen generelt været en skuffelse:

- Har du fået lavet en handleplan?

Ja, dem har jeg sgu fået lavet mange af. De er jo bare til for at skrive et stykke papir. Jeg har forstået, her for et års tid siden, da de første gang [lavede] de der handleplaner, så var det man satte sig ned og sagde: "nu laver vi et stykke papir, så var der ikke nogen, der kunne løbe fra det". Men det sker jo alligevel, det har jeg ihvertfald oplevet. [Fortæller om aftale, der glippede]. ... Selvom der var to sagsbehandlere, som havde skrevet under på det. Jeg har kopien derhjemme. Dem giver jeg sgu ikke meget for, de handlingsplaner.

En del havde indtryk af, at den pågældende behandler ikke selv tog handleplanen alvorligt som en vigtig del af behandlingen.

Når vi skal lave en ny handlingsplan ... det tager ti minutter. "Hvordan går det, [brugernes navn]?" "Jo-eh. Fortsat metadon, søge arbejde, forbedre økonomien, blop-blop-blop". Så skriver vi under, så går vi igen. Mere er der ikke i dét.

- Har du lavet handleplan?

Ja. Men den tager de jo ikke engang selv seriøst. ... På længere sigt er det jo at blive stoffri, ellers havde man jo ikke sat sin fod hernede. Så dét kan vi godt springe over. Og på kort sigt er det jo at blive stabil. Og de to ting skal der bare stå. Så er dét en handleplan. ... Kommer hver tredje måned og skriver den om; så er det nøjagtig det samme, der står.

Flere fortæller, at handleplanen blot indeholder selvfølgeligheder, eller meget generelle og overordnede mål (stoffrihed, arbejde,), men ikke noget videre detaljeret om, hvordan disse mål nås. Da fremstår handleplanen mest som en formalitet.

Enkelte fortæller eksempler på, at de har haft vanskeligt ved selv at trænge igennem med deres egne målsætninger:

Jeg vil gerne have hjælp til at blive fastholdt i at skulle til [undersøgelse for sygdom]. Det er ikke blevet fuldt op. Nej, der er ikke sket en skid. "Jeg kan bare gå til [undersøgelse]". Det er ikke hvad han [behandleren] synes er vigtigt i behandlingen. Der bliver jeg sur, eller ærgerlig - eller: hvad skal jeg bruge det her til?

Det skal understeges, at enkelte af de interviewede brugere gav udtryk for en helt anden og positiv erfaring med handleplanen. Fx denne bruger:

- Har du lavet en handleplan?

Ja, dem har jeg lavet en del af.

- Hvad er dine erfaringer med det?

De er meget gode. [Anledning til]... at kigge på sig selv. I det øjeblik, du sætter dig mål... Hvis du ved hjælp af metadonen kan sætte dig nogle mål helt for dig selv... Bare små ting. Og du så finder ud af, at du virkelig kommer frem over isen, så giver det meget smag på livet. Mange siger: "Arh, man skriver altid det samme. Nu er jeg igen på 8, og jeg kommer ned igen. Jeg var lige nede på 4, og så faldt jeg i vandet, så...". Men okay, der er sket noget. [Man kan] se, at der er svingninger på, og at du selv kan gøre noget: Så er det ikke helt opgivet.

Dette er et eksempel på, at udarbejdelsen og de jævnlige opfølgninger af handleplanen kan opfattes som en positiv erfaring: Et udtryk for at blive taget alvorligt af behandleren, og en mulighed for at tænke fremad og tænke over sin situation på en anden måde. Til gengæld er det måske især i tilbageblik, at værdien af handleplaner kan blive tydelig:

- Når du nu går tilbage og ser dem [handleplanerne]?

Jeg har nået nogle mål. På den måde er de meget gode.

Hvorvidt handleplanen havde betydning som grundlag for *samarbejde med socialcentret* (som er den anden vigtige funktion, der er defineret for handleplanen) afhænger klart nok af, hvad planen indeholder. Men generelt spillede socialcentret ingen større rolle for de interviewede som samarbejdspartner i forbindelse med handleplanerne. Handleplanen var i første omgang et anliggende mellem distriktscentret og brugeren, og i anden omgang eventuelt en sag mellem distriktscentret og socialcentret, *hvis* sidstnævnte skulle inddrages i forbindelse konkrete ydelser eller anden form for bistand. I det tilfælde kan handleplanen have betydning for brugeren som en løftestang - sammen med distriktscentrets socialrådgiver - over for socialcentret.

- Har handleplaner betyder noget konkret for dig?

I starten betød de i hvert tilfælde ikke noget. Men efter at jeg er blevet mere klar i hovedet, har de også forandret sig lidt. Men de betyder mere for de der sociale myndigheder, det er jo dem, der vil have dem. Havde de ikke ville have dem, så havde jeg ikke skrevet dem.

4.5. Relationer til behandlerne

Interviewene viser, at kontakten til behandlerne og indtrykket af behandlernes engagement og interesse for arbejdet og for den enkelte bruger, er et af de væsentligste elementer i brugernes bedømmelse af distriktscentret som helhed - positivt såvel som negativt. Positive og negative bedømmelser af distriktscentret knyttes i mange interviews sammen med, om man har en god og anvendelig kontakt til personalet - typisk med vægten på forholdet til sin kontaktperson / behandler eller om man netop mangler denne gode kontakt. I dette afsnit skal vi se nærmere på dette centrale træk af brugernes erfaringer med distriktscentrene. Det handler både om, hvad der kan udledes af interviewene om brugernes generelle karakteristik af den gode henholdsvis den dårlige behandler, og om brugernes erfaringer med deres relationer til behandlerne i distriktscentret.

4.5.1. Karakteristikker af den gode hhv. den dårlige behandler

Interviewene rummer både eksplicit og implicit en lang række kriterier for, hvad der kendetegner en god hhv. en dårlig behandler i brugernes øjne. Der er ikke tale om teoretiske kriterier, som brugerne er blevet bedt om at opstille. På både plus- og minussiden er der tale om en sammenfatning af brugernes konkrete erfaringer med og indtryk af behandlerne i distriktscentrene, sådan som de løbende kommer til udtryk i interviewene.

Det skal også bemærkes, at en del negative erfaringer med distriktscentret - herunder skuffelser over ens egen behandling, utilfredshed med centrets tilbud, konflikter over regler for metadon-udlevering, osv. i nogle interviews og samtaler udtrykkes som kritik af navngivne ansatte eller af ledelsen i centrene, som menes at være årsag til disse problemer. Det ligger uden for formålet med denne undersøgelse at tage stilling til sådanne specifikke kritikpunkter. Pointen her er snarere at gå et spadestik dybere, og konkretisere, hvilke erfaringer og problemer, brugernes kommentarer samlet set repræsenterer: hvilke generelle karakteristika lægger brugerne overhovedet vægt på i disse bedømmelser af behandlerne?

En skematisk opstilling, som ikke følger nogen bestemt prioriteringsorden, ser således ud (næste side):

“Den gode behandler”

“Den dårlige behandler”

Er interesseret og engageret i sit arbejde og i brugerne	Er ligeglad, frustreret, desillusioneret mht. behandling af misbrugere. Citat: “Det er bare en indkomst”
Er villig til at være sammen med brugerne, fx i aktiviteter	“Gider ikke” være sammen med brugerne
Følger fagligt med, kommer med forslag om behandling, kurser	Overlader initiativet til brugeren
Er kompetent, vidende, erfaren	Mangler livserfaring og erfaring med behandling
Er synlig i centret, tilgængelig for (at aftale) samtaler	Er utilgængelig, adskilt fra brugerne i centret
Har tid til samtale	Har ikke tid til samtale
Forstår, accepterer, respekterer brugernes situation	-
Giver respons, forholder sig til brugerne	Undgår helst brugerne
Er opsøgende, opmærksom, “griber fat” i problemer hos brugerne	Undgår kontakt til brugere med problemer (ligegyldighed, overbærenhed eller afvisning)
-	Anvender kontrol-tiltag som straf eller triumferende over for brugerne
Respekterer fortrolighed	Taler om brugernes forhold i andres påhør
Samarbejder med andre behandlere, tegner fælles linje	Bidrager til splid og uro mellem de ansatte, sår tvivl

Det er naturligvis meget langt fra, at alle disse forhold nævnes i hvert enkelt interview - tværtimod er der mange, der kun nævner nogle få eksempler. Ligeså kunne endnu flere eksempler givetvis hentes ud af interviewene. Formålet med opstillingen er at vise, at kriterierne på hver side kan fortolkes som udtryk for samme grundlæggende forhold.

Det, der karakteriserer den gode behandler, kan opsummeres med ordene *kontakt*, *respekt* og *interesse*: den gode behandler er til stede som person, og forholder sig konkret til brugerne og deres problemer. Den gode behandler er en samarbejdspartner, som man kan være sammen med og tale fortroligt med, også om andet end behandling. Den gode behandler handler ud fra en grundlæggende erkendelse af og viden om brugernes liv.

Modsvarende kan det, der karakteriserer den dårlige behandler, opsummeres som *distance* og *manglende evne/vilje til at involvere sig*. Den dårlige behandler mangler tæt kontakt til brugerne og forståelse for deres situation, og kan eller vil ikke engagere sig i brugernes problemer, som de selv ser dem. Den kritik, brugerne fremsætter af behandlerne, retter sig ofte mod behandlernes forhold til deres arbejde med stofmisbrugere - men flere brugere gør i den forbindelse også opmærksom på de vanskeligheder, som behandlerne kan være stillet over for. For eksempel er der flere, der understreger, at behandlerne har dårlig tid på grund af de mange brugere i centret, eller de følger en kritik af behandlernes manglende erfaringer op med et "men de skal jo starte et sted" eller lignende. Flere siger, at det må være hårdt at arbejde med stofmisbrugere, og at det må indebære mange skuffelser.

Det væsentlige ved at opliste brugernes karakteriseringer af den gode og den dårlige behandler er *ikke*, at behandlerne herefter kan inddeles i to grupper - det giver interviewene intet belæg for. Det væsentlige er, at de giver et indblik i, hvad brugerne lægger vægt på som kriterier for at blive behandlet godt - for hvad *god behandling* i sidste ende går ud på.

Kontakten til og indtrykket af behandlerne er en helt central del af brugernes bedømmelse af distriktscentret. Det er således kendetegnende, at mange af de

interviewede nævner kontakten til de ansatte, eller ofte en ganske bestemt af de ansatte, som det mest positive eller mest afgørende ved at være bruger af distriktscentret.

- Hvis du skal beskrive den behandling, du får her...

Den har bestået i metadon og samtaler. Og moralsk støtte ikke mindst. Det er en god ting ved min behandling. Det er vigtigt. Og et kram i ny og næ, det har folk brug for... De er gode til at støtte én, det synes jeg.

...

Når alt kommer til alt, så synes jeg, det er et godt sted. Som jeg ser det, jeg har jo ikke haft samtaler med de øvrige behandlere, men jeg tror jeg har været heldig at få en god behandler. Synes jeg selv. Jeg kan tale med hende om alt.

Det er endog ikke ualmindeligt, at selv brugere, der ellers er stærkt kritiske over for distriktscentrets måde at fungere på, fremhæver en god kontakt til en behandler som det mest positive ved centret:

- Hvad er positivt ved at være i distriktscentret?

[Pause]. Det skulle lige være min behandler [navn]. ... Det er en af de bedste behandlere, jeg nogensinde har haft. Og jeg har sgu haft mange. ... Han snakker til mig som til et normalt menneske. Og jeg kan sige nogle ting til ham, som...: det bliver mellem mig og ham.

Dette citat rummer nogle af de træk, som er helt centrale for brugernes karakteristik af en god og brugbar kontakt til en behandler: At blive behandlet med respekt ofte udtrykt som: at blive behandlet som et "normalt", "almindeligt" eller "voksnet" menneske; og at kunne være fortrolig og ærlig om sine problemer uden at risikere (negative) følger af det. Den lettelse og oplevelse af at blive forstået, som følger af muligheden for at kunne være ærlig, står i kontrast til den diffuse angst for sanktioner, som ellers kan præge forholdet til behandlerne.

Den gode kontakt til en behandler kan være gennem individuelle samtaler, eller gennem samvær fx i aktiviteter. Flere fremhæver det gode ved at være sammen med behandlere

og andre brugere gennem aktiviteter - for nogen er dét det bedste ved behandlingen i distriktscentret.

Hvad er det mest positive ved distriktscentret?

- Det er de ture, vi har. ... Dem ser man frem til, mange gør. Vi har det sgu så hyggeligt - vi hygger os sådan, og så får vi set ting. ... Jeg har et helt andet forhold til [navne på behandlere], fordi de er med på tur. Jeg snakker bedre med dem, end med de andre.

Modsvarende er det slående, hvordan negative erfaringer med kontakten til behandlerne er ødelæggende for brugernes forhold til distriktscentret og behandlingen i det hele taget. Nogle henviser til skuffelser og dårlige erfaringer med behandlere i distriktscentret eller andetsteds som årsag til, at de nu helst undgår tæt kontakt med behandlerne.

Jeg personligt har det sådan, at jeg siger helst for lidt end for meget, til mennesker her. Især omkring mine stoffer. Fordi på et eller andet tidspunkt føler jeg, at - suk - det bliver sgu nok brugt imod mig. [Fortæller om tidligere erfaringer].

Det hænger måske sammen med, at jeg har betroet dem, i starten, da jeg afleverede urene urinprøver... [fortæller om at skaffe sig stoffer]. Derfor så - jeg betror dem sgu ikke noget mere, hvis jeg har noget på hjerte, af den art. Det kunne aldrig falde mig ind.

Afstand og især *manglende tillid* er tilbagevendende temaer i interviewene som kritikpunkter i relationen til behandlerne.

Hvis man satte sig ned og smed maskerne og lægger kortene på bordet, så ville måske både medarbejdere og klienter have en hel anden holdning, en den der officielt kommer frem. ... Først og fremmest det der med tillid. Jeg føler det enormt frustrerende, at jeg er så kontrolleret, eller at man har så lidt tillid til mig.

En del af de interviewede fortæller, at de selv kraftigt har nedtonet forholdet til behandlerne, og undgår så vidt muligt kontakt, fordi de forbinder den med kontrol eller kritik fra behandlernes side. Nogen beskriver deres forhold til behandlerne som udmærket, men uden den store betydning hverken i positiv eller negativ retning for deres behandling i og erfaring med distriktscentret:

Jeg synes, det er meget søde mennesker, der er her.

- Har du brugt dem?

Ikke sådan. Jeg har ikke beskæftiget mig så meget med dem.

At undgå kontakt er en måde at undgå at havne i den konflikt, der udløses af behandlernes dobbeltrolle som hjælpere og kontrollører.

4.5.2. Behandlernes dobbeltrolle: hjælpere og kontrollører

Brugerne må forholde sig til, at behandlerne både er kontrollører og hjælpere. På samme måde har mange af brugerne selv både et ønske om at "beskytte sin doner" mod kontrol, og et ønske om at bruge behandlerne som støtte til fx at nedbringe sidemisbrug. Men man kan vanskeligt gøre begge dele samtidigt. I nogle interviews træder dobbeltheden, splittelsen mellem de to hensyn tydeligt frem. En af de interviewede fortæller:

Jeg synes ikke, at behandlerne bruger magtmisbrug [sic!] på andre måder, end det, de er nødt til, som er bestemt ved lov. Med at det [metadon] skal være så kontrolleret ... Man får sgu mere ud af at være ærlig end at lyve over for dem. Der gør man sgu. Hvis man siger, man har et sidemisbrug ... så ryger man ikke ud. Hvis du går og lyver om det hele tiden, og bliver ved med at lægge urene urinprøver, så kan de jo ikke snakke med dig. Men der er mange, der er bange og ikke tør brokke sig. Selvfølgelig er de ræd for at miste deres metadon.

Og senere i samme interview...:

Der er et problem, som jeg har meget, men som jeg ikke fortæller dem. [Fortæller om sidemisbrug]. Det vil jeg ikke sige til dem. Jeg ved ikke, hvordan de vil reagere ... Det er jo mig selv, jeg snyder ... Det er jo ikke dem. Men så ser det lidt pænere ud. Man kan jo ikke være helt ærlig over for dem ... Det viser bare, at man ikke har helt tillid til dem. Med de ting, som man egentlig burde snakke med dem om, nemlig ens misbrug.

I princippet får man mest ud af at være ærlig, i praksis er det for risikabelt.

Behandlernes dobbeltrolle giver brugerne et dobbelt hensyn i behandlingen: de kan se, at det er en fordel at være ærlige for at få den bedst mulige hjælp fra behandlerne, og de kan se, at det er en fordel til at lyve og fortie deres problemer, for at "beskytte sine doner".

Muligheden for at kunne være ærlig over for sin behandler, og diskutere de problemer, som metadon-tildelingen erfaringsmæssigt ikke løser, nemlig sidemisbruget, er et ønske i mange interviews.

Det er ikke rigtig nok for mig med metadon. Jeg kan godt lide at få mig et dyt [stoffer] i ny og næ. Det er derfor jeg ikke vil ind på det der med "urinprøver"! [Griner]. [Men] ... jeg kan jo sagtens tage et par dage, eller en hel uge, eller et eller andet, hvor jeg slet ikke rører noget som helst. ... Sådan nogle ting skulle man også kunne fortælle straight til sin behandler. De ved det måske godt - men det er alt for omkostningsfyldt at berøre det for meget.

Om man mener at kunne være ærlig eller ej, er et af de mest afgørende forhold i bedømmelsen af samtaler med behandlerne.

4.5.3. Samtaler

Samtaler mellem brugerne og behandlerne indgår som en central del af behandlingen i de fire distriktscentre. Hermed tænkes i første omgang på de samtaler, som afholdes med jævne mellemrum mellem hver bruger og hans/hendes kontaktperson (det vil

fortrinsvis sige blandt socialpædagoger eller faglærere). Derudover har brugerne ofte også jævnlige samtaler med lægen, socialrådgiverne og/eller psykologen i centret. I den følgende beskrives - med mindre andet er anført - brugernes erfaringer med samtaler med deres kontaktperson. Samtalernes formål er dels behandlingsmæssigt at holde kontakt til brugeren, at følge og støtte hans / hendes udvikling, dels i kontrol-øjemed jf. beskrivelsen af distriktscentrets opgaver i forbindelse med metadon-uddeling (kapitel 2 og 3).

Det er slående, at en del af de interviewede, når de spørges om disse samtaler, umiddelbart ikke kan fortælle meget om, hvad de går ud på. Samtalerne tillægges af disse brugere ikke den store betydning, eller de beskrives som en formalitet eller en ligegyldig snak - "de skal bare høre, hvordan det går", som det siges. Dette, at samtalerne ikke spiller nogen videre rolle for en del brugere, er bemærkelsesværdigt i sig selv, eftersom samtalerne af behandlerne gennemgående betegnes som vigtige for behandlingen.

Der er dog også en stor del af brugerne, der fortæller, hvordan samtalerne - på godt og ondt - er vigtige for dem, og centrale for deres bedømmelse af behandlingen i distriktscentret. Brugernes udsagn i interviewene er blevet gennemgået for, hvad de fortæller om, hvad der karakteriserer gode hhv. dårlige (unyttige) samtaler.

Følgende eksempler fra interviewene illustrerer, hvad der karakteriserer *den gode samtale*:

- der bliver lyttet til én
- man kan fortælle, hvad man selv synes er vigtigt
- det er fortroligt, kommer ikke videre
- [man oplever at] behandleren vil prøve på at hjælpe én
- behandlerne går tilbage og tager ting op, som man har snakket om tidligere
- man kan fortælle, når man er "faldet i vandet" [har taget stoffer]
- brugeren og behandleren har tillid til hinanden
- man kan fortælle om problemer, man aktuelt har (for eksempel med sidemisbrug)
- behandleren kan "fiske problemer frem, som man ikke lige har tænkt over"

- behandleren gør noget for at finde ud af, hvordan ens situation er
- man taler sammen som ligemænd (med respekt)

Betydningen af behandlernes interesse og engagement i samtalen viser sig her, ligesom i diskussionen af, hvad der overordnet karakteriserer den gode behandler (se tidligere afsnit). Fælles er det også, at indtrykket af at kunne være *ærlig* om sine problemer, herunder om aktuelle problemer med sidemisbrug, uden at frygte negative sanktioner bagefter, er afgørende for om en samtale opleves som positiv. For nogen interviewede bygger dette på en forventning om fortrolighed: at behandleren ikke vil meddele til andre, heller ikke andre behandlere i centret, hvad man fortæller. Erfaringen for at blive lyttet til og taget alvorligt giver indtryk af at blive respekteret som person. Følgende brugers beskrivelse af sit møde med sin behandler i distriktscentret er sigende:

Det startede med NN; med vores første samtale. Og hun snakkede til mig på en måde, som der aldrig er nogen pædagog, der har talt til mig før. Som en ligemand. Jeg føler ikke, at jeg er noget dårligere menneske end dem. Det er jeg heller ikke. Jeg er bare i en anden livssituation. ...

Så der er ingen grund til, at de skal sætte sig i respekt over for mig. Det plejer de at gøre: "Mig kan du ikke rende om hjørner med! Jeg ved: Alle narkomaner lyver! Alle narkomaner stjæler!". Altså sådan plejer den at være.

- Siger de sådanne nogle ting?

Nej, men det er den *holdning*, man møder hos garvede behandlere. Der er der også nogle narkomaner, der gør. ... Men hun tog mig som person. Det tror jeg, det er den forskel, der er her [i distriktscentret] også: man bliver taget som person, som enkeltperson.

Andre brugere har overvejende negative erfaringer med samtaler med behandlerne i distriktscentret. Følgende eksempler fra interviewene illustrerer, hvad der karakteriserer *den dårlige samtale*:

- snak om ingenting (om "vejret", "hælde vand ud af ørene", "snakke dem efter munden")
- behandleren stiller spørgsmål, man ikke kan svare på, eller kun svare overfladisk på, såsom: "er det ikke snart på tide at komme videre?", "hvordan går det?", "hvad kunne

du tænke dig?”, “er du ikke snart parat til at gå i skole?”.

- brugeren fortæller “al det overfladiske”, “løgn og historier”
- der er ingen tillid mellem parterne
- samtalen er en tom forpligtelse for begge parter
- samtalerne fokuserer på bestemte temaer, som behandlerne har fastsat på forhånd: sidemisbrug, nedtrapning, kriminalitet (som brugeren forventes at fortælle om)
- behandlerne opfordrer brugeren til at tage sig sammen: “nu må du se at...”.
- samtaler, der overvejende bliver brugt til kontrol (se nedenfor).

De dårlige samtaler er karakteriseret ved, at behandleren har sin egen dagsorden, og ikke lader brugeren komme til orde med de problemer, han/hun selv mener er vigtige. Der er bemærkelsesværdigt, at sidemisbrug indgår som element i både de gode og de dårlige samtaler. Den afgørende forskel er, om brugeren kan tale om problemer med sidemisbrug ud fra sine egne præmisser, eller om behandlerens fokus på sidemisbrug bliver opfattet som et udslag af kontrol.

Nogle brugere *ønsker* slet ikke at have samtaler med behandlerne, fordi de ikke har nogen erfaring for, at det fører til noget, eller overvejende har formelle formål, såsom behandlerens forpligtelse, kontrol, obligatorisk revision af handleplan. Samtaler opleves da kun som en forpligtelse, som man skal opfylde for at være bruger af distriktscentret, og opretholde sin tildeling af metadon.

Der hører med til billedet, at flere af de interviewede fortæller, at samtalerne gennemgående er for få og for korte til at kunne opnå en god kontakt til behandlerne, og/eller de er for styrede af behandlerens dagsorden:

Et kvarters, en halv times samtale om ugen, det giver sgu ikke noget. Hvor det er på nogle helt bestemte præmisser også. Det er lagt på forhånd, hvad det drejer sig om.

En del af disse brugere lægger større vægt på en mere decideret terapeutisk behandling, fx hos psykologen. Muligheden for at tale med psykologen bliver

gennemgående positivt omtalt, og flere af de interviewede har fordel af denne kontakt. Som for eksempel:

Hun er god at snakke med. Hun er god til at snakke med én. Når man har været til samtale med hende, føler man sig lidt mere lettet om hjertet. Det gør man. Det er rart, at de har hende. Jeg snakker med hende hver [ugedag]. Det er en god hjælp til mig. Man kan få snakket ud om noget, om problemer. Det er ikke altid, man lige kan bruge en medarbejder til den slags snakke.

Psykologen repræsenterer en mulighed for samtale, som står uden for den gængse kontakt til behandlerne, med de konflikter og den kontrol, der kan indgå i denne kontakt. I forlængelse deraf bliver brugerne skuffede over manglende fortrolighed fra psykologens side, med hensyn til at give oplysninger videre til de øvrige behandlere.

Den rolle, som kontrol-elementet udfylder i samtalerne, er i det hele taget meget væsentligt. Brugere beskriver, hvordan behandlernes forvaltning af kontrol-tiltag i samtalerne med brugerne kan betyde, at kontrollen og overvågningen bliver dominerende i kommunikationen. I nogle samtaler synes kontrollen helt at tage over:

Vi brugte halvdelen eller tre fjerdedele af tiden på, at hun sad og spurgte mig: "Hvad har du taget? Du har taget noget, indrøm nu!". Man kan ikke få noget ud af den slags samtaler. Så sagde jeg: "Tag hellere urinprøver!". I stedet for bare at skændes, om jeg havde taget noget eller ej.

Mange fortæller om unyttige samtaler, der fokuserer på brugerens sidemisbrug, fx med udgangspunkt i urinprøve-resultater:

Jeg føler ikke, at jeg kan komme igennem med noget af det, jeg prøver på at fortælle dem. ... De spørger ikke til, hvordan man har det. Det gør de ikke. Jo, når man kommer ind til en samtale, så spørger de selvfølgelig: "Hvordan har du det?". Men det første de siger, det er: "Nå, men det ser jo ikke godt ud, med de der urinprøver". ... Jo mere de truer mig med bål og brand, jo dårligere får jeg det sgu da.

For nogle brugerne sættes hensynet til at "beskytte sine doner", til at opretholde metadon-tildelingen uden indgreb eller spørgsmål, rammerne for samtalerne. En af de interviewede udtrykker det meget markant:

Det, det egentlig drejer sig om, det er ens metadon, og det er derfor, det kan være svært at sidde og snakke ærligt over for sådan én [behandler]. Fordi, hvem siger ... vi er måske gode venner nu, og det er åh-så godt, men hvad sker der om to måneder, hvis du lige træder ham lidt over tæerne. Så kan han bruge det som pressionsmiddel. Den metadon, den får folk til at krybe. For de er jo rædselsslagne for at miste den. Og det er derfor vi spiller begge to med fordækte kort ...

Fra denne brugers synspunkt har begge parter et andet, skjult formål med samtalen end den tilsyneladende at tale om brugerens situation. Behandleren, der ønsker at spørge til brugerens sidemisbrug, kommer i konflikt med brugerens ønske om netop at holde dette skjult. Behandlerens roller som både hjælper og kontrollør kommer i direkte i indbyrdes konflikt over for brugeren, som mener at der er for stor risiko forbundet med at være ærlig:

Man skal ikke sige mere, end man kan tåle at høre igen. Hellere bluffe dem lidt end at være hudløs ærlig.

I DCIndre har der været gennemført intensive behandlingsforløb under betegnelsen "Nedtrapningskursus" for grupper af brugere. En kort redegørelse for dette initiativ og dets resultater fremgår af bilag nr.6. Et af principperne for arbejdet var at bygge på ærlighed om misbruget, uden konsekvenser for metadon-tildelingen, og at brugerne selv registrerede deres sidemisbrug, snarere end at blive kontrolleret for det. Dette skabte ifølge brugerne - hvoraf nogle interviewedes til denne undersøgelse - nogle rammer, der gav mulighed for at arbejde med sit misbrug på en ny måde. Det samlede indtryk for interviewene i denne undersøgelse peger i det hele taget på, at netop muligheden for at kunne være ærlig om sit misbrug er af central betydning for brugernes erfaringer med og bedømmelse af behandlingen.

4.6. Aktiviteter inden for og uden for distriktscentret

Gruppe-orienterede aktiviteter kan rimeligvis betragtes som det traditionelle omdrejningspunkt i meget af det socialpædagogiske arbejde med stofmisbrugere, og det udbydes da også - omend i meget varierende omfang - til brugerne af distriktscentrene.

Under interviews og samtaler med brugerne i distriktscentrene giver en meget stor del af brugerne udtryk for ønsket om (flere) aktiviteter inden for og uden for distriktscentret. Det gennemgående indtryk er, at brugerne anser forskellige aktiviteter som en fornuftig måde at bruge sin tid på, som alternativ til den kedsomhed, ensomhed og optagethed af stoffer (stofbrug, stofsnak med andre brugere), der ellers optager meget af deres tid. Gevinsten ved aktiviteterne ligger altså hovedsageligt i situationen. Tilbud om aktiviteter værdsættes som "noget at tage sig til". Det kan dreje sig om aktiviteter, der er åbne for alle eller for en bestemt gruppe, man er medlem af; de kan foregå inden for centret (fx madlavning, bordtennis, hobby-aktiviteter) eller uden for centret (fx skovture, museumsbesøg, sport).

Der er dog også en mindre del af de interviewede, der helst er fri for at deltage i aktiviteter, som de anser for meningsløst tidsfordriv; nogle få fortæller, at de foretrækker et mere forpligtende aktiviteter, fx kurser, som de selv søger eller har fået distriktscentrets hjælp til at begynde på.

Brugerne angiver helt overvejende som motivation for disse aktiviteter, at der er en umiddelbar og konkret gevinst ved dem: man bruger sin tid på noget nyttigt og spændende. Eller endnu mere konkret: man bruger ikke sin tid på at tænke på eller skaffe sig stoffer.

- Du vil gerne have flere aktiviteter for brugerne sammen?

Ja. Der kommer mere sammenhold. Se, hvor meget sammenhold, der kom i dag [refererer til udflugt]. Der var ikke nogen ballade eller optakt til ballade.

... Så snakker vi lidt med hinanden. Vi snakker ikke om stoffer, tænker ikke

engang på det. Det er noget at bruge sin tid til. Der er den igen: Det er meget krævende [at være stofafhængig]. Det er et 24-timers job.

Andre fremhæver også, at det er "hyggeligt" at være sammen med behandlere og andre brugere i en mindre (evt. fast) gruppe, det er afslappet og kan give anledning til gode kontakter og samtaler ud over den aktuelle aktivitet.

Der er generel enighed blandt de brugere, der ønsker aktiviteter, om at aktiviteterne skal foregå sammen med behandlerne "ellers bliver det ikke til noget" eller "det går op i stofsnak", som nogle bemærkede. Det anses for en rimelig opgave for behandlerne at tilbyde forskellige aktiviteter. Dette peger på, at aktiviteterne ikke blot "beskæftiger" brugerne, men at samværet med behandlerne giver aktiviteterne et aspekt - nemlig garantier for samværsformen - som ikke ellers ville være til stede.

Hertil kommer, at tilbuddet om aktiviteter har betydning ud over deltagelse i aktiviteten i sig selv. Det handler også om, at aktiviteter for brugerne signalerer behandlernes villighed til at interessere sig for og være sammen med dem. Tilsvarende bebrejdes manglen på aktiviteter hyppigt behandlernes ulyst til at være sammen med brugerne.

Nogle af de interviewede forklarer også værdien af aktiviteter ved, at de fremmer motivation for behandling:

... de [behandlerne] motiverer på en anden måde end ved at prædike: "du kan jo nok forstå, [navn], at det er bedst for dig..." på den dér pædagogiske vis. ... de kan motivere mig til at lave nogle ting, så jeg får en tro på mig selv igen.

Der er dog også nogle af de interviewede, der foretrækker at benytte sig af fx Brugerforeningens tilbud om aktiviteter - netop fordi de foregår uden medvirken af pædagoger og andre behandlere.

4.7. Efterbehandling, sammenhæng i tilbud, oplysning om muligheder

Interviewene rummer en mængde kommentarer fra brugerne om de dele af behandlingsindsatsen, som ligger ud over distriktscentrenes kerneydelser med metadon-tildeling, støtte og rådgivning. Det drejer sig om behovet for efterbehandling og opfølgning efter endt nedtrapning / afgang, herunder efter behandling på døgninstitution. Det drejer sig om sammenhængen og kontinuiteten mellem tilbud til stofmisbrugere. Og endelig drejer der sig om information til brugerne om hvilke behandlings- og støttemuligheder, der overhovedet findes. Nedenfor præsenteres en kortfattet gennemgang af de interviewedes erfaringer og synspunkter vedrørende disse emner. Der erindres i øvrigt om, at emnerne udgjorde en vigtig del af de ønsker til en forbedret indsats, som Brugerkonferencen i 1991 fremførte.

4.7.1. Efterbehandling og opfølgning

Som nævnt i kapitel 3 har distriktscentrene i et vist omfang påtaget sig efterbehandling og opfølgning af et mindre antal brugere, der er blevet stoffri i døgnbehandling eller på anden måde. De interviewede, der benytter sig af disse tilbud, giver gennemgående udtryk for stor tilfredshed med det.

- Hvad bruger du centret til nu?

Hvis jeg har nogle sociale problemer, så bruger jeg det. ... Jeg ved, at hvis jeg har nogle problemer, så sidder der nogle fagfolk hernede, på et eller andet niveau, uanset hvad det er, jeg har brug for. ... Der er en hel masse økonomi. Jeg har søgt [social ydelse] - det er rart at vide, hvad man kan få på den ene måde og på den anden måde. ... Jeg kender dem jo her.

Jeg får hjælp af sagsbehandleren [socialrådgiveren] i distriktscentret, som mellemformidling mellem mig og sagsbehandleren på socialcentret. ... Det åbner døre for én. ... Der er altid tid til en sludder - det er noget af det vigtigste i en narkomans liv, fordi der er ikke tid nogen steder.

For disse brugere er distriktscentret simpelthen blevet det naturlige sted at henvende sig for hjælp, både i almindelighed og som forbindelsesled til socialcentret. Det ligger i oplagt forlængelse af den erfaring med at bruge socialrådgiverne i distriktscentrene, som brugere har under deres behandling i centrene. En anden bruger havde den samme forventning efter at være blevet stoffri, men blev skuffet:

Jeg havde indtryk af, at... der var blevet taget imod mig herinde [i distriktscentret]. Hvor man herinde ikke forventede, at jeg skulle have mere med dem at gøre. Nu var jeg clean. Og der følte jeg nok en eller anden form for afvisning. ... Jeg følte virkelig, at jeg hørte til her. Jeg er aldrig kommet på Bistanden, jeg kender overhovedet ikke nogen sagsbehandlere på Bistanden.

Flere af de interviewede, som var i behandling i distriktscentret, gav udtryk for, at de gerne ville gøre brug af distriktscentret til hjælp og støtte efter en eventuel nedtrapning eller døgnbehandling, netop med hjælp fra socialrådgiveren som det hyppigste eksempel. Men en del tvivlede på, om de ville få denne mulighed, og nogle mente bestemt, at det *ikke* var tilfældet. Andre havde derimod intet som helst ønske om at bruge distriktscentret efter at være blevet stoffri, fordi stedet forbindes med behandling og aktive stofmisbrugere:

Nej! Den dag, jeg smider min metadon, der løber jeg væk herfra. Jeg er så træt af behandlere, så... Det er hele systemet, det er hele livet [som stofmisbruger].

Nej, så ville jeg ikke gide komme her og se på skæve mennesker, og alt muligt andet. Det er jo dét, jeg godt vil væk fra.

Men uanset, om man konkret ønsker at bruge distriktscentret eller ej, er der helt enighed mellem de interviewede om, at der er brug for opfølgning og opbakning i tiden efter stoffrihed er opnået - og at denne opfølgning i høj grad stadig mangler. For mange interviewede var tiden efter nedtrapning / opnåelse af stoffrihed noget fuldstændigt ukendt og åben, og uden mulighed for at være tilknyttet et sted for hjælp og støtte. I den

forbindelse er det tydeligt, at den aktuelle betydning af distriktscentret går langt videre end det praktiske ved en kendt socialrådgiver.

Når jeg er hernede [i distriktscentret], så er der nogen, der holder øje med mig, der er nogen, der regner med mig. Når jeg er holdt op her, er der ikke nogen, der regner med mig. Så er jeg bare ud af det, så er *det* slut.

For mange af de aktuelle metadonbrugere er tiden efter nedtrapning ikke noget, de rigtig synes, de kan forholde sig konkret til - for en del er det et behandlingsmæssigt tomrum, som der er god grund til at frygte:

Når man er færdig her, så er det bare ud af vagten, ikk'. Så er folk *igen* overladt til sig selv. Og grunden til, at mange af dem er startet, det er kedsomhed, og at de er overladt til sig selv.

For nogle gør det nedtrapning af metadon og/eller stofmisbruget i det hele taget formålsløst og meningsløst i sig selv:

Jeg regner jo ikke med, at jeg skal være her til jeg bliver 90, og få metadon resten af mit liv. [Men] hvad skal man, når man er færdig, hvis der ikke er nogen tilbud? - så gider jeg ikke blive trappet ned. Jeg har sagt til NN [behandler]: hvad skal jeg trappes ned for?! Til hvad? Til en venteliste igen. Det vil jeg ikke. Så længe der ikke er noget tilbud til mig efter, så ved jeg hvordan det går. Det ved jeg 100%, hvordan det går, for jeg har prøvet det så mange gange.

Ikke mindst brugere, der faktisk har prøvet at være stoffri tidligere, fortæller om manglen på indhold i og et fornuftigt formål med tilværelsen, manglen på reelt alternativ til livet og miljøet som stofmisbruger efter endt nedtrapning og behandling.

Hvis jeg blev clean i dag, så blev jeg bare lukket ud. Så er der ikke mere, så må du klare dig selv. Så går der jo ikke ret lang tid, så er jeg i den igen. Der skal være noget støtte, selv efter at man er kommet ud af metadonbehandlingen. ... Et eller andet tilbud for dem der er kommet ud af metadonen. Et eller andet tilbud: "Så kan I være her et stykke tid, så følger

vi lige op på det, og ser hvordan det går med jer". Fremfor at blive lukket ud, så går der tre måneder, så melder de sig her igen. ... Det er helt vanvittigt, spild af penge! Det er som at bygge et hus, og bruge det i tre dage, og så rive det ned igen.

Kommentarerne til emnet "efterbehandling" i interviewene giver god grund til at problematisere selve begrebet og den forståelse af misbruget, der ligger bag. Ideen om "efterbehandling" - eller "efterværn" som det med et endnu mere tvetydigt udtryk også kaldes - bygger på den formodning, at selve "behandlingen" skal rette sig mod stofmisbruget, og når det er ryddet af vejen, sættes ind med efterbehandling for at støtte det opnåede resultat og den videre udvikling. En stor del af de interviewede brugere siger derimod, at det ikke er den øjeblikkelige stoffrihed i sig selv, der er det springende punkt, og derfor heller ikke nødvendigvis skal være det i forhold til behandlingen.

Flere siger det på den måde, at "alle kan trappe sig ud af metadon" eller "alle kan blive stoffri" - hvilket mange da også har prøvet at være i kortere eller længere perioder.

Nu har jeg prøvet en del nedtrapninger ... jeg har altid kunnet nedtrappe, aldrig været noget problem. Man får et problem *bagefter*.

Problemet er ikke at blive stoffri - problemet er at blive ved med at være det.

Der kan således være brug for kontinuerlig behandling og støtte både før, under og efter et forsøg på at nedtrappe metadon og/eller ophøre med stofmisbrug. En opdeling i "behandling" og "efterbehandling" har således ikke nogen særlig relevans set fra brugernes synspunkt: uanset omfanget og karakteren af ens aktuelle stofforbrug, herunder om det eventuelt er helt ophørt, kan et være relevant at have adgang til støtte og rådgivning.

Behovet for fortsat behandling efter ophør med stofmisbruget og i det hele taget tilbuddet om opfølgning til stoffri brugere, modsvares af ønsket hos mange af de interviewede om, at stoffri brugere / tidligere stofmisbrugere inddrages mere i behandlingen i distriktscentre, og også får en rolle som supplement til de

professionelle behandleres indsats. Der opregnes i interviewene en række fordele ved at inddrage stoffri brugere i behandlingen. De knytter sig især til, at der er en større umiddelbar forståelse og identifikation mellem brugere og ex-brugere, at ex-brugere kan være positive forbilleder for aktive misbrugere, at der ikke opstår samme "spil" (uærlighed, fordækthed, snyderi) mellem brugere og ex-brugere: fordi begge parter kender livet som stofmisbruger på deres egen krop, og derfor er mere troværdige og fortrolige som hjælpere. Mange af disse elementer falder godt i tråd med den opfattelse af god behandling, der i øvrigt er fremkommet i interviewene i denne undersøgelse.

4.7.2. Sammenhæng i tilbud

Behovet for større sammenhæng i tilbudene til stofmisbrugere understreges også i en del interviews. Udbygningen af efterbehandling udgør naturligvis en vigtig del af dette. I det hele taget understreger flere af de interviewede, hvor vigtigt det er at overgangen fra en behandlingsinstitution til en anden foregår sådan, at både de selv og behandlingsinstitutionen er forberedt på skiftet. Nogle nævner det som særligt belastende at skulle starte forfra med at fortælle sin livshistorie ved ethvert skift - uden at behandlingsstederne nødvendigvis lærer dem bedre at kende af den grund.

Derudover peges der på behovet for et bedre samarbejde med socialcentret.

Det er ligesom, der ikke sker noget, sådan, når de [distriktscentret] kontakter socialcentret, så skrider det sammen, og så sker der ikke mere. Selvom man skulle tro, de havde et samarbejde, så virker det ikke som et samarbejde alligevel.

Men først og fremmest er der brug for en større velvilje over for stofmisbrugere i social- og sundhedsvæsenet. Der opregnes mange eksempler i interviewene på, hvordan brugerne føler sig ringe behandlet eller misforstået på bl.a. socialcentrene.

... på socialkontorerne, [det er] ligesom de ved "nå-ja, det er sådan én, der er nede i rendestenen alligevel, så ham kan vi godt lade blive liggende dér".

Den følelse af magtesløshed og ringeagt, sådanne indtryk efterlader, bidrager til at ophæve de forventninger, som brugerne kunne have haft om muligheden for at opnå støtte og hjælp gennem andre tilbud end distriktscentret. At socialcentret (alene) skulle have ansvaret for opfølgning og efterbehandling i form af revalidering etc., sådan som planlægningen af distriktscentrene skitserede det, må derfor ifølge brugernes erfaringer beskrives som urealistisk. Deres generelle erfaringer viser, at de ikke tildeles den opmærksomhed og imødekommenhed, som er nødvendig.

Behovet for kontinuitet i tilbuddene til stofmisbrugere understreges også særligt i forbindelse med løsladelser fra fængsel, og når man flytter fra ét amt til et andet - særligt, hvis man får metadon.

4.7.3. Information om behandlingsmuligheder og andre tilbud

Viden om distriktscentret / adgang til behandling synes meget almindeligt udbredt blandt brugerne - så almindeligt, at de interviewede som regel ikke kan angive, hvorfra de kender til distriktscentret; det anses for gængs viden.

Derimod er kendskab til behandlingssystemet som sådan mere ujævnt fordelt. Behovet for bedre og lettere adgang til information om hvilke muligheder for behandling og andre tilbud til stofmisbrugere, der findes, fremgår af flere interviews. Dette behov fremsættes ikke altid direkte, eftersom nogle af de interviewede netop ikke vidste, at der var nogle tilbud / muligheder at spørge efter. I stedet viste det sig som ukendskab til eller kun overfladisk viden om forskellige behandlingsformer og projekter (døgnbehandling som sådan, eller specifikke institutioner som Projekt Menneske, Frydekær, etc.). Nogle af de interviewede benyttede lejligheden til at spørge interviewer om, hvad disse forskellige behandlingsformer indebar. Brugerbaserede tilbud såsom Brugerforeningen og NA-møder havde størsteparten af brugerne hørt om, men kun et mindretal benyttet. Interessen for dem var dog ret udbredt.

Både behandlere og andre brugere var kilder til brugernes viden om behandlingsmuligheder og andre tilbud. Interviewene tyder dog på, at der er brug for en mere systematisk og formentlig vedvarende indsats med information til brugerne om disse muligheder, til aktuel eller senere afbenyttelse.

4.8. Opsummering og diskussion

Brugerne er forskellige og har forskellige erfaringer, og det har været tilstræbt i fremstillingen i dette kapitel at præsentere den bredde, som rummes i interviewene. Derfor fremstår brugernes synspunkter og vurderinger i mange tilfælde som "både-og". Materialet giver ikke grundlag for en optælling af den relative tilslutning til forskellige synspunkter, ud over de generelle betegnelser ("få", "mange", osv.), der er anvendt i teksten. Det er imidlertid heller ikke en sådan måling, der har været formålet. Underliggende brugernes positive og negative vurderinger kan der udledes nogle fælles synsvinkler, vilkår og betragtninger. For eksempel med hensyn til erfaringer med kontakten til behandlerne, hvor der opstilles en række både positive og negative kommentarer: til sammen formidler disse kommentarer et billede af, hvad brugerne grundlæggende mener karakteriserer en ønskelig og anvendelig kontakt. Denne undersøgelse er således ikke nogen tilfredsheds-*måling*, efter hvilken distriktscentre kan gives karakterer. I stedet bliver der gået i dybden med nogle centrale træk af brugernes erfaringer for, hvad god og dårlig behandling i distriktscentre overhovedet går ud på.

Forholdene vedrørende tildelingen og udleveringen af metadon spiller en overvældende rolle for de brugere, der er i medikamentel behandling i centrene. Det er centralt for at forstå disse brugeres situation og deres forhold til distriktscentret, at deres grundlæggende afhængighed af stoffer ikke blot er overført til en afhængighed af metadon, men også til en afhængighed af distriktscentret og de beslutninger, der her træffes vedrørende den enkeltes behandling. Samtidig afspejler brugernes erfaringer, hvordan metadon-behandlingen er præget af en række indbyggede dilemmaer og konflikter.

Det fremgår af interviewene, at metadon-tildelingen som sådan har en umiddelbar, gavnlig effekt for brugerne. At modtage metadon er en måde hvorpå man fortsat er stofmisbruger, men metadon-tildelingen er med til at mildne de voldsomste, daglige konsekvenser i forhold til livet som aktiv misbruger på illegale stoffer. Brugerne beskriver distriktscentret som en oftest diffus mulighed for hjælp, og metadonen som en mulighed for ro og lettelse - et pusterum som afsæt for overhovedet at afklare, hvad man videre vil, herunder i forhold til behandlingen. Problemet er imidlertid, at mange brugere har vanskeligt ved at finde dette afsæt til videre udvikling i den behandling, de nu får.

Bagsiden af den umiddelbare nytte af metadon-tildelingen er først og fremmest vanskelighederne med at afvikle metadon-bruget igen. Brugerne oplever et modsætningsforhold mellem på den ene side ønsket om at trappe metadonen ned og kvitte afhængigheden og dens følger, og på den anden side ønsket om fortsat metadon-tildeling for at sikre de opnåede resultater og den relative stabilisering, som metadonen gennemgående har medført. Under indtryk af, at behandlings-arbejdet i distriktscentret er præget af den samme konflikt med hensyn til målsætningerne, kan såvel nedtrapning som fortsat metadontildeling få en tendens til at blive formål *i sig selv*.

Når *nedtrapning* bliver et mål i sig selv, risikerer den at blive en mekanisk metode til gradvist at nedsætte indtaget af metadon, uanset om stofmisbruget og den samlede stofafhængighed falder, øges, eller ikke ændres. I den situation er nedtrapning behandlingsmæssigt tvivlsom, og brugernes erfaringer viser, at nedtrapning ikke fungerer som en simpel afvænningsmetode. Når der fokuseres på nedtrapning som mål i sig selv, risikerer behandlere og brugere at fastholde hinanden i et i bedste fald problematisk, i værste fald skadeligt, system: Der fokuseres overvældende på den fysiske afhængighed, og brugernes øvrige problemer og deres forhold til behandlerne underordnes den tilstræbte nedtrapning af metadon.

Tilsvarende problemer opstår, når *opretholdelse* af metadontildelingen bliver et mål i sig selv for brugerne: når de ønsker at undgå nedtrapning eller overhovedet problematisering af deres metadon-tildeling. Det er oplagt, at brugerne sammenligner

de aktuelle fordele ved metadon-tildelingen med den velkendte fortid som aktiv bruger uden for behandling, snarere end med en ukendt, usikker fremtid: "Man ved hvad man har, men ikke hvad man får". Derved kan fastholdelse af metadon-tildelingen blive et meningsfuldt mål i sig selv, og brugernes forhold til behandlingen - og behandlerne - underordnes dette hensyn: "det handler om at beskytte sine 'doner'".

Disse forhold vedrørende metadonen er frustrerende for brugerne i forhold til behandlingen som helhed. Det er klart, at problemerne dybest set udspringer af brugernes afhængighed af stoffer, og dermed af metadon og af distriktscentret. Det objektivt bedste ville naturligvis være at fjerne denne afhængighed ved at gøre brugerne stoffri og uafhængige. Brugernes erfaringer peger imidlertid på, at en for kraftig fokusering på stofferne alene (i praksis metadon og sidemisbrug) paradoksalt nok kan være til hinder for, at en positiv udvikling sættes i gang, fordi kortsigtede hensyn griber forstyrrende ind, som netop beskrevet. I afventen på eller fravær af opfyldelsen af det ideale mål om stoffrihed, viser brugernes udsagn i denne undersøgelse, at det er nødvendigt og muligt at afbøde de værste virkninger af afhængigheden. I den forbindelse står relationerne mellem brugere og behandlere i centrum.

Hensynet til metadon-tildelingen (nedtrapning og/eller opretholdelse) fører til, at mange brugere finder det udelukket eller vanskeligt at tale om sidemisbrug og andre problemer med behandlerne på en ærlig og fortrolig måde. Samtidig peger mange brugere netop på vigtigheden af at kunne tale åbent om de problemer, man som bruger har, uden at være tynget af det umiddelbare hensyn til metadon-tildelingen. I brugernes forhold til behandlerne kommer hensynet til behandlernes dobbeltrolle - som hjælpere og kontrollører i forbindelse med metadon-tildelingen - let i indbyrdes konflikt. Problemet med sidemisbrug, som er udbredt blandt brugerne, er det oplagte eksempel. Hvis kontrol-delen vægtes, vil brugerne af frygt for formelle og uformelle sanktioner overvejende søge at undgå opmærksomhed fra behandlerne om dette misbrug. Hvis brugerne derimod får indtryk af behandlerne som fortrolige hjælpere, ønsker brugerne at kunne inddrage behandlerne i deres problemer, herunder problemer med sidemis-

brug. Ifølge brugerne er visheden for at kunne være ærlig uden frygt for negative konsekvenser afgørende for et godt forhold til behandlerne.

Formålet med og karakteren af samtaler med behandlerne er uafklaret for brugerne, idet flere forskellige forventninger og funktioner er lagt ind i disse samtaler, herunder også kontrol. For brugerne er det udslagsgivende, at (når) samtalerne kan fungere som ramme om behandlerens engagement i brugerens situation. Brugerne kritiserer behandlere, der distancerer sig, eller mangler evne og vilje til at engagere sig i brugernes situation. Tilsvarende peger brugerne på deres positive erfaringer med behandlere, som de kan opbygge god kontakt og fortrolighed til.

Brugernes erfaringer med kontrol og sanktioner i distriktscentrene skal også ses på baggrund af deres grundlæggende afhængighed af metadonen og af centrene. Kontrol omfatter både kontrol med brugernes overholdelse af behandlingen i forbindelse med metadon-tildeling, og overholdelse af reglerne for brugerne af centret. Konsekvenser / sanktioner over for brugerne knyttes i praksis ikke direkte og alene til den enkelte brugers behandlingsresultater, men snarere til håndhævelse af reglerne for adfærd i og brug af centret. For brugerne er der en afgørende forskel mellem sanktioner over for fx sidemisbrug og sanktioner over for fx vold, men det er tydeligt, at brugerne er i tvivl om betydningen og anvendelsen af kontrol og sanktioner. Det betyder også, at mange brugere frygter den ultimative sanktion, nemlig at miste deres metadon-tildeling. Det er oplagt, at dette yderligere er med til at belaste forholdet til behandlerne og behandlingen som helhed.

Indtrykket af, at graden af kontrol kan tages som udtryk for behandlernes grad af mistillid til brugerne, præger mange interviews. Derfor påvirker kontrol-tiltag i høj grad brugernes forhold til distriktscentret, og det indtryk, de har af behandlernes syn på brugerne i almindelighed og på den enkelte. For nogle bliver følelsen af at være overvåget, og udsat for "kontrol for kontrollens skyld", dominerende, og forstærkende for distancen mellem brugere og behandlere. Kontroltiltag har imidlertid ikke kun én betydning. Under forudsætning af, at der allerede eksisterer et tillidsfuldt forhold mellem bruger og behandler kan kontrol (fx urinprøver) fungere som et instrument til at opnå

eller fastholde resultater. Nogle brugere opfatter derfor kontrol som udtryk for behandlernes positive interesse og ønske om hjælp. Med hensyn til konsekvenser af brugernes fortsatte misbrug ved siden af metadonen, er det tydeligt, at brugerne peger på nytten af "respons" snarere end "konsekvens": dvs. opmærksomhed fra behandlerne over for den enkeltes situation, og indgriben i form af direkte kontakt, snarere end straffe-foranstaltninger. Dermed stiller brugerne i høj grad spørgsmålstejn ved den udbredte fortolkning af "konsekvenser" som udelukkende negative sanktioner.

Brugerne understreger betydningen af aktiviteter inden for og uden for centrene, og efterlyser flere. Aktiviteterne har dels umiddelbar betydning for brugerne (noget at beskæftige sig med), dels er de vigtige som ramme om samvær og kontakt med behandlerne. Konkret, praktisk hjælp og vejledning i centrene - spændende fra forskellige, enkle omsorgsfunktioner til bistand og rådgivning fra socialrådgiverne i centrene - er vigtige for brugerne. Distriktscentre har betydning for mange brugere som ramme om en minimal social kontakt. Selvom centrene ikke tilstræber at være væresteder for brugerne, er det just sådan, de i vidt omfang *bedømmes* af brugerne, som derfor ikke overraskende finder tilbuddet (åbningstiden og udfoldelsesmulighederne) helt utilstrækkelige.

Det er vigtigt at notere sig, at socialrådgiverne i distriktscentre har stor betydning for brugerne - ikke mindst i betragtning af den samarbejdsform, som handleplans-modellen lagde op til, hvor sagsbehandleren i socialcentret skulle være koordinerende for indsatsen. Det er en udbredt erfaring blandt brugerne i denne undersøgelse, at socialrådgiveren i distriktscentret i praksis er den primære vejleder i forhold til det sociale system, og meget ofte fungerer som bindeled til socialcentret.

På trods af, at brugerne er tiltænkt indflydelse på behandlingen dels gennem de individuelle handleplaner og dels gennem lejlighedsvis husmøder i centrene, betragter brugerne deres indflydelse i centrene som meget begrænset. Brugerne har forskellige erfaringer med udarbejdelse og anvendelse af sociale handleplaner, men for de fleste interviewede har handleplanerne ikke at være synlige og anvendelige med hensyn til at fremme deres indflydelse på behandlingen. Fra brugernes ståsted synes

handleplanerne i ringe grad at have karakter af en “gensidigt forpligtende aftale” mellem de tre parter (bruger, distriktscenter og socialcenter), medmindre der har været brug for en konkret aftale med socialcentret om en økonomisk ydelse.

Brugerne efterlyser gennemgående større vægt på efterbehandling som en del af indsatsen for stofmisbrugere. De efterspørger således efterbehandling i form af opfølgning til brugere, der har opnået stoffrihed; mange ser fortsat tilknytning til distriktscentret som oplagt. Mere vidtrækkende er det imidlertid, at brugernes erfaringer og synspunkter peger på det uhensigtsmæssige i en opdeling af indsatsen i “behandling” og “efterbehandling”, fordi det øjeblikkelige stofbrug i en sådan opdeling gøres til det skelsættende. Det er ikke nødvendigvis det mest relevante set fra brugernes synspunkt, fordi vekslende perioder med stoffrihed og større eller mindre stofbrug hører til de flestes erfaringer. I alle situationer, uanset det aktuelle omfang af stofbruget, kan der være brug for støtte, behandling og vejledning. Derfor er der også brug for at sætte ind med fx aktiverende tilbud mens den medikamentel behandling står på; og at sætte ind med støtte i forhold til stoffer (modvirke tilbagefald) efter afgang og opnåelse af stoffrihed. Betydningen af fortsat støtte ligger også i, at man derved kan synliggøre et fremtidigt troværdigt og attraktivt forløb for de brugere, der aktuelt er i metadon-behandling.

Samlet set peger interviewene med brugerne af distriktscentre på problemerne med at skabe en sammenhængende, helhedspræget indsats i behandlingen af stofmisbrugere. Der er en stærk tendens til en fortsat fokusering på stofferne, og at brugere og behandlere synes at fastholde hinanden i dette fokus. Derved låses forholdene vedrørende stof-bruget og metadon-tildelingen let fast i en situation, hvor begge parter ganske vist forsøger at opnå mest muligt med behandlingen ud fra de givne betingelser - men ud fra vidt forskellige opfattelser af, hvad “mest muligt” vil sige. Brugernes usikkerhed om kontrol og sanktioner, og oplevelse af mistillid fra og manglende fortrolighed med behandlere, bidrager til denne konflikt; mens den omvendt synes at kunne overkommes gennem en bedre kontakt til behandlere, byggende på ærlighed og tryghed.

Kapitel 5

Spørgeskema-undersøgelse

til de behandlende medarbejdere i distriktscentrene

Med det formål at få et indblik i de erfaringer med og holdninger til behandlingsarbejdet og brugerne, som findes blandt de behandlende personale i distriktscentrene, blev der i december 1996 - januar 1997 gennemført en anonym spørgeskemaundersøgelse. Skemaet er vedlagt som bilag nr.7. Spørgsmålene er fortrinsvis udformet med afsæt i resultaterne af interview-undersøgelsen med brugerne i centrene, det vil sige, at der er lagt vægt på en række af de temaer, som brugerne fremfører i disse interviews. Hensigten med spørgeskemaet er således i høj grad at belyse behandlernes synspunkter på de samme emner, som brugerne fremlægger. Selvom man selvfølgelig skal være forsigtig med direkte at sammenholde data, der hidrører fra forskellige metoder, er det hensigten med denne fremgangsmåde at modstille de to "parter" indfaldsvinkler, og kaste lys over ligheder og forskelle. Målet er ikke at levere en udtømmende analyse af dette emne, men at pege på centrale spørgsmål. Behandlernes holdninger og synspunkter må tillægges meget afgørende betydning for den praktiske udmøntning af behandlingsarbejdet i centrene, som brugerne møder, og for forholdet mellem brugere og behandlere i det hele taget.

Spørgeskemaerne var på forhånd mærket forskelligt for de fire distriktscentre, således at resultaterne af spørgeskema-undersøgelsen har kunnet opgøres samlet såvel som opdelt på det enkelte center. Af hensyn til svarernes anonymitet valgtes det ikke at lave en samtidig opdeling på de forskellige faggrupper i centrene. Resultaterne fremlægges nedenfor samlet for hele undersøgelsen, suppleret med bemærkninger om resultaterne vedrørende det enkelte center i de tilfælde, hvor de adskiller sig mærkbart fra det samlede resultat.

Som det fremgår indeholder skemaet fire typer spørgsmål: Spørgsmål 1 og 2 om behandlingens funktioner og metoder over for brugerne, spørgsmål 3 om holdninger til

en række udvalgte udsagn, spørgsmål 4 - 10 om erfaringer som behandler, og endelig spørgsmål 11 og 12 med plads til kommentarer til skemaet og emnerne i øvrigt.

Der blev uddelt i alt 59 spørgeskemaer til alle ansatte med behandlingsfunktioner i centrene, fordelt med 15 på hvert af DCAmager, DCIndre og DCNordre, og 14 på DCVestre. Der indkom 48 besvarelser, hvilket giver en samlet svarprocent på 81, som må regnes som meget tilfredsstillende. Svarene var fordelt med 14 fra DCAmager (93%), 11 fra hver af DCIndre og DCNordre (73%), samt 12 fra DCVestre (86%). På en del skemaer var enkelte spørgsmål ikke besvaret; disse skemaer er inddraget i resultatopgørelsen med hensyn til de øvrige svar.

Sammentællingen af de samlede resultater af spørgeskemaundersøgelsen fremgår af bilag nr.8.

5.1. Spørgsmål 1: Distriktscentrets funktioner

I 45 af de 48 besvarelser var dette spørgsmål udfyldt korrekt. Det overordnede indtryk af resultatet er, at der er *stor spredning* på besvarelserne både hvad angår de funktioner, der for nuværende *faktisk fokuseres mest på* i distriktscentret (kolonne A), og de funktioner, behandlerne mener *burde være de vigtigste* i distriktscentrets arbejde (kolonne B). Selv om visse af funktionerne samler flere markeringer end andre, er det overordnede indtryk alligevel, at der ikke er nogen udpræget enighed mellem det behandlende personale i centrene - og heller ikke inden for det enkelte center - om disse prioriteringer. Denne mangel på enighed er i sig selv et bemærkelsesværdigt resultat.

To bestemte funktioner bedømmes dog af ca. af behandlerne som hørende til de funktioner, der faktisk fokuseres mest på: *Hjælp med konkrete problemer vedr. fx bolig, økonomi, kontakt til socialvæsenet* - altså generelt de opgaver, som knytter sig til socialrådgivernes funktioner, men som i øvrigt indgår i behandlernes løbende arbejde - samt *indstilling og stabilisering på den rette metadon-dosis*. Herefter følger afvikling af

sidemisbrug af hhv. heroin og andre stoffer. Konkret, praktisk bistand, metadon og sidemisbrug: disse dominerer behandlernes billede af deres funktioner over for brugerne. Dette stemmer ganske godt overens med det billede, brugerne også har af centrets betydning for dem og hvad centret ligger vægt på i arbejdet med dem, jf. kapitel 4.

En sammenligning af svarene fra hvert center viser ikke store forskelle, idet svarmønstrene stort set følges ad. Dog er det sådan, at en lidt større andel i DCNordre end i de øvrige centre peger på "udvikling af brugernes sociale færdigheder og selvværd" som en af de tre funktioner, der aktuelt fokuseres mest på, mens ingen i DCIndre markerede for denne funktion. I forlængelse heraf var der færre i DCNordre end i de øvrige centre, der krydsede af ved "indstilling og stabilisering på den rette metadondosis".

En sammenligning af svarene i kolonne A og B viser, at der er betydelig forskel mellem de funktioner, behandlerne mener der faktisk fokuseres på, og de funktioner, de mener *burde være* de vigtigste i distriktscentret. Denne divergens imellem "er" og "burde være" er igen et bemærkelsesværdigt resultat i sig selv. Mere end $\frac{1}{2}$ af behandlerne mener, at der burde fokuseres mere på *udvikling af brugernes sociale færdigheder og selvværd*, og ca. halvdelen peger på *udvikling af brugernes færdigheder til bedre at håndtere deres misbrug*.

Der er heller ikke med hensyn til svarene i kolonne B store forskelle mellem de fire centre. Svarene fra DCNordre skiller sig en smule ud ved en lidt større spredning, dvs. større intern uenighed mellem behandlerne. *Udvikling af brugernes sociale færdigheder og selvværd* er i alle centrene den funktion, der samler det højste antal markeringer.

Den samlede besvarelse tegner et billede af, at behandlerne generelt finder, at der faktisk fokuseres mest på de meget konkrete og øjeblikkelige funktioner i arbejdet med misbrugerne (bistand, metadon, sidemisbrug) - men et flertal faktisk hellere ville arbejde med mere langsigtede behov (færdigheder, relationer til andre, motivation). Hvis dette sammenholdes med udsagn fra en række af brugerne, er der igen klare lighedspunkter. Problemet er imidlertid, set fra brugernes synspunkt, at hensynet til de grundlæggende forhold vedrørende metadontildeling og sidemisbrug (herunder kontrol-tiltag, gentagne

forsøg på nedtrapning, fortielse af sidemisbrug, osv.) gør, at relationen til behandlerne i mange tilfælde aldrig udvikles til en fortrolighed, hvorfra der kan arbejdes med de mere langsigtede og dyberegående forhold (færdigheder, sociale relationer, osv.).

Behandlernes ønske om at vægte andre funktioner i arbejdet peger således på grundlæggende dilemmaer i deres relationer til de indskrevne brugere.

5.2. Spørgsmål 2: Metoder i behandlingsarbejdet

Dette spørgsmål har oplagt forbindelse til det foregående, idet behandlerne her bliver bedt om at vurdere, hvilke tre metoder i arbejdet med brugerne, der faktisk tillægges størst betydning i centret (kolonne A - 43 gyldige besvarelser), hhv. hvilke tre metoder, der burde være prioriteret i centrets arbejde (kolonne B - 44 gyldige besvarelser).

Igen må den temmelig store spredning på besvarelserne bemærkes: samlet set har behandlerne ret varierende vurderinger af, hvilke metoder der bruges hhv. burde bruges i centrene. Dog samler visse metoder mærkbart flere markeringer: Mere end $\frac{3}{4}$ af behandlerne mener således, at *individuelle samtaler* anses for aktuelt at høre til de vigtigste metoder i centret, mens knap $\frac{1}{2}$ peger på udlevering og overvåget indtagelse af *metadon*. Omkring $\frac{1}{3}$ har krydset af ved hver af følgende tre metoder: metoder til at følge sidemisbrug, aktiviteter med brugerne i centret, og lægens indsats.

Et par forskelle imellem centrenes svar må bemærkes: Det er kun behandlerne i DCAmager og DCVestre, der peger på aktiviteter for brugerne i centret som en af de tre metoder, der tillægges størst betydning. I DCVestre mener ingen af svarerne, at metoder til at følge brugernes sidemisbrug, fx ved urinprøver, hører til blandt de aktuelt vigtigste metoder. Bortset fra disse forskelle er svarmønstrene i centrene ensartede.

Også mht. metoder er der temmelig stor forskel mellem behandlernes bedømmelse af "er" og "burde være": Der er stor forskel mellem angivelserne af de faktisk brugte metoder og angivelserne af de metoder, som behandlerne mener burde være

prioriterede. Knap $\frac{3}{4}$ peger således på et ønske om at lægge vægt på *gruppesamtaler* / *gruppearbejde med flere brugere*, mens tre andre metoder samler tilslutning fra omkring $\frac{1}{2}$ -delen af svarerne: Aktiviteter med brugerne inden for hhv. uden for centret, og individuelle samtaler.

Der er ikke markante forskelle mellem centrene med hensyn til svarene på dette spørgsmål; eneste undtagelse gælder aktiviteter i centret, som vægtes højere i DCAmager og lavere i DCIndre end gennemsnitligt.

Der er generelt god overensstemmelse mellem besvarelsernes angivelser af *funktioner* (spørgsmål 1) og *metoder* (spørgsmål 2). I forhold til den nuværende situation peges der samlet set på en nedtoning af fokuseringen på metadon og sidemisbrug, og en opprioritering af en behandlingsindsats, der vægter gruppe-aktiviteter, samvær og samtaler. Dog er det bemærkelsesværdigt, at selv om individuelle samtaler stadig udpeges af halvdelen af svarerne som en metode, der burde være prioriteret, er dette tal noget *lavere* end andelen, der mener, at denne metode allerede er prioriteret i dag. Dette resultat tyder på, at der kan være grund til at se nærmere på forskellige anvendelser og forståelser af individuelle samtaler som metode i behandlingsarbejdet. Når det nemlig samtidig tages i betragtning, at behandlerne ifølge denne undersøgelse generelt ønsker at nedtone metadon og tilsyn med sidemisbrug i behandlingen, kan det måske pege på, at de individuelle samtaler i dag i behandlernes erfaring netop anvendes til dette formål: diskussion af metadon og sidemisbrug? Det ville i givet fald stemme overens med erfaringerne fra en stor del af brugerne, jf. kapitel 4.

Dette spørgsmål er et af dem, der belyses yderligere i spørgeskemaets spørgsmål 3.

5.3. Spørgsmål 3: Holdninger og synspunkter

Med det formål at få et indblik i behandlernes holdninger til en række temaer af betydning for arbejdet med brugerne i centrene, blev medarbejderne bedt om at angive i hvilken grad de var enige eller uenige i nogle på forhånd definerede udsagn. De

holdninger og synspunkter, som ønskedes belyst på denne måde, vedrørte følgende emner: Brugen af metadon som element i behandlingen, forholdet mellem bruger og behandler, sidemisbrug og kontrol med sidemisbrug, motivation og behandlingstilbud, samt enkelte spørgsmål om behandlingen i øvrigt.

Det samlede resultat (se bilag nr.8) viser, at med hensyn til de fleste udsagn er der temmelig *stor spredning* af svarene. Dette viser igen, at behandlerne har meget varierende holdninger til de fleste af de rejste spørgsmål - eller formuleret skarpere: at der er indbyrdes uenighed mellem behandlerne om en række temaer af central betydning for behandlingsarbejdet.

5.3.1. Brugen af metadon i behandlingen

I betragtning af metadonens centrale placering i behandlingsarbejdet, er det bemærkelsesværdigt, at der er *stor variation i svarene vedrørende brugen af metadon*.

Der er således *helt delte meninger* om udsagnet: "For at undgå at blive 'hængende' på langvarig metadon, bør klienterne til stadighed opfordres til at metadonen nedtrappes": altså om brugerne generelt bør fastholdes på, at nedtrapning / ophør er slutmålet med metadon-tildelingen i distriktscentret.

Ligeså er der *helt delte meninger* om udsagnet om, at "det i nogle situationer kan være rimeligt at nægte en klient metadon, hvis han/hun ikke har overholdt en klar aftale" - altså at anvende adgangen til metadon som en måde at søge fastholde brugerne på forpligtelser - eller at anvende metadonen som straf, om man vil.

Det mest markante udsagn om metadon er: "Dybest set er det umoralsk at give metadon til stofmisbrugere". Her angiver et flertal på $\frac{2}{3}$, at de er overvejende eller fuldstændig uenige i dette synspunkt. I betragtning af den rolle, metadon spiller i det daglige arbejde, er det måske omvendt mere bemærkelsesværdigt, at $\frac{1}{3}$ *ikke* erklærer sig uenige i denne moralske afstandtagen fra metadon.

Svarene på disse spørgsmål tyder på, at tildelingen af metadon og hvordan den skal anvendes i behandlingen (fortsat?) er genstand for uenighed, eller i hvert fald ikke er omfattet af nogen fuldstændig afklaring, blandt det behandlende personale i distriktscentre som samlet gruppe betragtet.

5.3.2. Forholdet mellem bruger og behandler

Spørgsmålet om nedtrapning af metadon indgår også i udsagnet: "I individuelle samtaler bør behandleren ikke lægge noget pres på klienten til at stoppe sidemisbrug eller nedtrappe metadonen". Lidt under $\frac{2}{3}$ erklærer sig *uenige* i dette synspunkt - de mener altså, at disse samtaler *godt* kan omfatte et sådant pres på klienterne.

Derudover peger behandlernes svar på, at de lægger stor vægt på *kontakten* til brugerne. Et stort flertal er således enige i, at "det er vigtigt, at klienterne - når de har behov for det - let og hurtigt kan få fat på en medarbejder / behandler i centret"; og knap $\frac{2}{3}$ er desuden enige i, at "som kontaktperson / behandler bør man hilse på sine klienter hver dag, de kommer i centret".

Disse resultater tyder på, at mange behandlere på den ene side lægger stor vægt på at have kontakt til brugerne, og på den anden side gerne vil fastholde et pres mht. at diskutere sidemisbrug og metadon-nedtrapning. For behandlerne er dette ikke nødvendigvis nogen modsætning. Det er det derimod for mange af brugerne, jf. kapitel 4: det er vanskeligt både bruge sin behandler som hjælper/støtte i forbindelse med konkrete problemer og samtidig føle sig presset af hensyn til at opretholde metadon-tildelingen og skjule et sidemisbrug.

5.3.3. Sidemisbrug og kontrol med sidemisbrug

Samtidig mener behandlerne tilsyneladende også, at "behandlingen i centret fokuserer for meget på klienternes sidemisbrug, og for lidt på andre problemer": $\frac{2}{3}$ erklærer sig overvejende eller fuldstændig enige i dette synspunkt. Løsningen er ikke blot at skille sig af med disse brugere: knap $\frac{1}{2}$ mener ikke, at "centret oftere burde udskrive klienter, der bliver ved med at have et stort sidemisbrug".

Ønsket om at fokusere mindre på sidemisbruget falder fint i tråd med besvarelsene på spørgsmål 1 og 2 ovenfor. Imidlertid er der *delte meninger* om, hvorvidt "urinprøver, der ikke er aftalt eller varslet, bidrager til mistillid i klientens forhold til behandlerne". Brugen af urinprøver som led i kontrollen med sidemisbruget problematiseres altså ikke i samme grad som fokuseringen på sidemisbruget som sådan. Det er således ikke nødvendigvis sidemisbrugs-fokuseringens konsekvenser for den gode kontakt til brugerne, der ses som problemet. Det er imidlertid netop en central del af problemet set fra brugernes synspunkt, jf. kapitel 4.

5.3.4. Motivation og behandlingstilbud

Der er *overvejende tilslutning* til det synspunkt, at “udbytte af behandlingen i centret afhænger af klientens egen indstilling, og ikke af hvilke tilbud man giver ham/hende”. Det indebærer, at behandlernes betydning for behandlingens udfald begrænses, og brugernes eget ansvar til gengæld understreges. Dermed nedtones også behandlernes andel i, om brugerne får udbytte af deres tilknytning til distriktscentret. Når det kommer til stykket, er det brugernes anliggende.

Betydningen af brugernes indstilling og (manglende) motivation til behandling formuleres endnu skarpere i følgende udsagn: “Uanset hvordan man griber regler og behandling an, vil de fleste klienter forsøge at fuppe og lyve om deres misbrug - det er de så vant til i deres liv som stofmisbrugere”. Herom er der dog *helt delte meninger* blandt behandlerne. Alligevel falder det i øjnene, at næsten _ af svarerne er *enige* i dette meget markante synspunkt, der grundlæggende tilskriver brugerne karakteristika, der umuliggør ærlighed og åbenhed i behandlingen.

Disse resultater peger på, at behandlerne bestemt ser nogle grænser for, hvad behandlingen kan afstedkomme, fordi det afhænger af brugernes indstilling. De fleste mener heller ikke, at man kan *fremtvinge* større motivation ved at presse brugerne væk fra metadonen; knap _ er *uenige* i det synspunkt, at “det fremmer klienternes motivation for behandling, hvis de risikerer at blive nedtrappet og udskrevet fra centret i en periode”.

Den nævnte skepsis over for rækkevidden af behandlingen leder dog ikke svarerne til at mene, at aktive behandlingstiltag er overflødige: Et stort flertal er således enige i, at “det er behandlernes opgave løbende at komme med forslag til klienterne om kurser, aktivitetstilbud ude i byen, døgnbehandlingssteder, osv.”; og ligeledes er et meget stort flertal enig i, at “centret bør til stadighed have et vist udbud af aktiviteter for klienterne”. Ligeledes er det bemærkelsesværdigt, at et stort flertal *afviser*, at “princippet om individuel behandling betyder, at centret ikke skal opstille et særligt behandlingsprogram”. Dette må sammenholdes med, at distriktscentrene i dag faktisk ikke kan sige at have “et særligt behandlingsprogram”, jf. beskrivelsen i kapitel 3. De fleste behandlere giver altså her udtryk for, at et sådant program ikke ville være i modstrid med princippet om individuel behandling.

5.3.5. Variationer mellem centrene i spørgsmål 3

Analyser og sammenligninger af svarene fra de fire distriktscentre viser, at for langt hovedparten af spørgsmålene er der *ingen nævneværdige forskelle* mellem centrene. Undtagelserne er som følger:

I DCAmager er der man mindre enige end i de øvrige centre i udsagnet: "Som kontaktperson / behandler bør man hilse på sine klienter hver dag, de kommer i centret". Det er oplagt at kæde denne forskel sammen med den fysiske adskillelse af metadon-udlevering og behandler-kontorer, som er mest udtalt i DCAmager, og at svarene herfra derfor afspejler den aktuelle praksis i centret.

I DCIndre er svarerne gennemgående mindre enige end i de øvrige centre i udsagnet: "Centret bør til stadighed have et vist udbud af aktiviteter for klienterne". Også her er det oplagt at kæde dette sammen med den aktuelle praksis centret, der har nedtonet aktiviteter som led i behandlingen.

Til gengæld gives der ud fra det foreliggende ikke umiddelbart nogen forklaringer på, at der er en lidt større andel i DCVestre, der er *uenige* i udsagnet om, at "behandlingen i centret fokuserer for meget på klienternes sidemisbrug...", eller at der er en større andel i DCAmager end i de øvrige centre, der er *uenige* i synspunktet om, at "det i nogle situationer kan være rimeligt at nægte en klient metadon, hvis han/hun ikke har overholdt en klar aftale".

Bortset fra de anførte bemærkninger peger denne del af spørgeskemaet ikke på nogen markante forskelle mellem centrene.

5.4. Spørgsmål 4 - 10: Erfaringer som behandler

Spørgsmål 4 og 5 vedrører behandlernes erfaringer med at bruge de sociale handleplaner i arbejdet. Svarerne blev først bedt om at bedømme, hvor hyppigt handleplanerne er et nyttigt redskab i arbejdet med den enkelte brugers målsætninger. Svarene falder her i tre næsten lige store grupper: 16 giver en positiv vurdering ("altid", "meget ofte" eller "ofte"), 17 svarer neutralt "af og til", og 13 giver en negativ vurdering ("sjældent", "meget sjældent" eller "aldrig"). Behandlerne har altså *meget forskelligartede erfaringer* med at bruge handleplanen på denne måde. En sammenligning af svarene

fra de fire centre viser, at behandlerne i DCIndre gennemgående har en mere positiv bedømmelse af handleplanens nytte med hensyn til den enkelte brugers målsætninger end i de øvrige centre. Der således slet ingen i DCIndre, der bedømmer handleplanen negativt (som "sjældent", osv.) med hensyn til denne funktion.

Svarerne blev dernæst på samme måde bedt om at vurdere, hvor hyppigt handleplanen er et nyttigt redskab i samarbejdet med socialcentret. Svarene er her *generelt mere negative*: 11 giver en positiv vurdering, 14 svarer "af og til", mens 22 giver en negativ vurdering, heraf markerer halvdelen (11) endog "meget sjældent". Også her giver behandlerne i DCIndre en mere positiv vurdering af handleplanens nytte end i de øvrige centre, omend i ikke helt i samme grad som ovenfor. I DCNordre og DCVestre har man til gengæld mere negative erfaringer, mens DCAmager balancerer med flest markeringer i "af og til".

Samlet set viser besvarelsene - med undtagelse af DCIndre - en noget forbeholden vurdering af handleplanens nytte, og særligt med hensyn til samarbejdet med socialcentret en overvejende negativ bedømmelse. Det skal understreges, at der her er tale om behandlernes individuelle erfaringer, og oplysningerne peger ikke i sig selv på nogen forklaringer på det beskrevne mønster.

Spørgsmål 6 vedrører behandlerens bedømmelse af, om hans/hendes *kendskab til behandlingsmuligheder og andre tilbud til stofmisbrugere er tilstrækkeligt* til at kunne vejlede brugerne om disse ting. Her svarer samlet set nogenlunde lige mange be- og afkræftende: 22 "ja" og 19 "nej". Svarene fordeler sig imidlertid ikke ens i de fire centre: I DCIndre svarer et klart flertal "ja", mens de øvrige centre har flere "nej" end "ja". Set under ét må det siges at være en betragtelig del af de ansatte, der selv mener at mangle tilstrækkeligt kendskab til at kunne vejlede brugerne om behandlingsmuligheder og tilbud.

Spørgsmål 7 angår den enkeltes behov for *efteruddannelse*, og det mener stort set samtlige svarere, at de har: 46 ud af 47 svarer bekræftende, heraf er der endog 34 markeringer for "ja, meget" (meget behov for efteruddannelse). Der er ingen forskelle i svarmønstret for de fire centre.

Som uddybning af spørgsmål 7 er der lejlighed til at anføre *hvilke temaer*, efterbehandlingen i givet fald skulle omfatte, og 28 af svarerne har benyttet sig af dette. Svarene er meget forskelligartede, men kan overordnet inddeles i to grupper: For det første efterspørges *øget information om konkrete forhold* af betydning for arbejdet med brugerne: større viden om de forskellige behandlingsmuligheder og institutioner, der aktuelt findes; om behandlings- og andre tilbud til stofmisbrugere, om lovgivningen, om misbrugsmønstre og bestemte typer af misbrugere, osv. Dette falder godt i tråd med resultatet af spørgsmål 6 ovenfor. For det andet peges der på behovet for *udbygning af færdigheder og metoder i behandlingsarbejdet* - dette omfatter flere forskellige niveauer: fra håndteringen af specifikke problemstillinger, som fx sidemisbrug, brugers netværk, voldsforebyggelse, skabelse af motivation, relationen til brugerne; over forskellige teknikker og terapiformer, som fx samtaleteknik, forskellige psykologiske og pædagogiske behandlingsformer, herunder gruppeterapi, og mere bredt definerede arbejdsområder såsom forbehandling, efterbehandling, stoffri behandling; til overordnede spørgsmål af betydning for misbrugsbehandling, såsom etik og menneskesyn. Endelig nævnes også generel udvikling og planlægning af behandlingsstrategier som et tema.

Det er altså et særdeles bredt felt, der peges på. En del af temaerne må siges at være af ret basal vigtighed for indsatsen over for brugerne i distriktscentre, mens andre formentlig afspejler de aktuelle overvejelser om justering af centrenes opgaver (fx større vægt på efterbehandling).

I *spørgsmål 8* bliver svarerne bedt om give udtryk for, hvor ofte de føler sig *udbrændte eller desillusionerede* i deres arbejde med stofmisbrugere. En mindre gruppe på 7 angiver, at de ofte eller meget ofte føler dette. Næsten lige mange føler det "af og til" (21) og "sjældent"/"meget sjældent"/"aldrig" (i alt 20). Mens en stor andel således ikke synes at opleve udbrændthed eller desillusion i noget større omfang, er der altså en lige så stor andel, for hvem det er en jævnligt forekommende følelse, og en lille gruppe for hvem det er en hyppig foreteelse. Der er kun små forskelle mellem centrenes svar på dette spørgsmål.

Spørgsmål 9 omhandler adgangen til og bedømmelsen af *faglig supervision*. Her svarer 30, at de ikke modtager denne supervision (12 i DCAmager, og 9 i hver af DCNordre og DCVestre), mens 17 svarer, at de gør (11 i DCIndre, og et par stykker i hver af de øvrige centre). Svarene viser altså - ikke overraskende - at forskellen følger centrene. Af de 30, der ikke modtager supervision, *ønsker* de 26 at gøre det. Af de 17, der modtager supervision, svarer et lille flertal på 9, at omfanget er tilstrækkeligt, og at flertal på 11, at kvaliteten også er tilstrækkelig god.

Endelig bedes behandlerne i *spørgsmål 10* markere om de mener, at *brugernes indflydelse* på distriktscentrets arbejde skal øges. Her svarer 30 ($\frac{2}{3}$) ja, og kun 6 nej. Dette kan for fuldstændighedens skyld sammenholdes med tilkendegivelserne over for det sidste udsagn i spørgsmål 3: "Klienterne bør have mere indflydelse på behandlings-tilbudene og tilrettelæggelsen af indsatsen i centret". Heri erklærer også ca. $\frac{2}{3}$ sig enige. Det er altså et gennemgående synspunkt, at brugernes indflydelse skal øges. Der er ingen betydende forskelle mellem centrene i disse svar.

Spørgsmål 10 følges op af plads til *uddybning af svaret*, og 30 svarere har benyttet sig af denne mulighed. De mest almindelige kommentarer vedrører begrundelser for øget brugerindflydelse. Disse begrundelser går enten i retning af det principielle - brugerindflydelse som en forpligtelse over for brugerne, eller som en forbedring af muligheden for at inddrage brugernes erfaringer og ønsker i behandlingen - eller i retning af den effekt, som øget brugerindflydelse forventes eller vides at have på brugerne selv: Øget selvværd, øget ansvarlighed overfor institutionen og de andre brugere, bedre forståelse af behandlingen, opretholdelse af "selvjustits" mellem brugerne, og større motivation for behandling. Det er især aktiviteter og andre forhold i centret, der nævnes som områder for øget brugerindflydelse - mens enkelte også nævner forhold som økonomi og behandlingens indhold.

Der er imidlertid også en del mere forbeholdne røster (også blandt dem, der går ind for øget brugerindflydelse), som påpeger, at brugerindflydelse i praksis begrænses betydeligt af brugernes ressourcer og formåen, og af brugernes tendens til at fokusere på de mest umiddelbare forhold. Flere kommentarer advarer også mod at stille forventninger til effekten af brugerindflydelse på brugernes adfærd og reaktioner. Det

nævnes også, at brugerne ikke bør have indflydelse på person- og personalesager. Endelig nævnes det, at kontinuitet i brugerindflydelsen er vanskelig pga. den store udskiftning af klienter.

Afslutningsvis skal det siges, at enkelte er kritiske over for *øget* brugerindflydelse - enten fordi de mener, denne indflydelse allerede findes (især ved indflydelse på egen behandling); eller fordi de mener, det slet ikke er distriktscentrets opgave: "Vi er et tilbud om hjælp, ikke en diskussionsklub med klienterne", som én bemærker.

5.5. Opsummering og diskussion

En spørgeskemaundersøgelse som den gennemførte giver ikke grundlag for at påvise årsagssammenhænge eller præsentere vidtgående forklaringer på behandlernes erfaringer og holdninger. Sammenholdt med resultaterne fra interview-undersøgelsen med brugerne giver svarene på spørgeskemaerne imidlertid anledning til at rejse en række centrale spørgsmål om behandlingen i distriktscentrene, sådan som det er fremgået af analysen ovenfor. Det gælder både i de tilfælde, hvor der kan spores overensstemmelse mellem brugernes og behandlernes synspunkter, og hvor de synes at være i modstrid med hinanden.

Det er et resultat af overordnet betydning, at der med hensyn til distriktscentrenes funktioner og metoder, og ved en række af de øvrige spørgsmål i undersøgelsen, er indbyrdes uenighed mellem behandlerne, også inden for det enkelte center. Eftersom der ikke er indsamlet oplysninger om svarernes faglige baggrunde, kan det ikke vides, om uenigheden afspejler netop faglige forskelle eller andre forhold. På den anden side må det siges, at tværfagligheden netop er defineret som et *grundlæggende* karakteristika ved distriktscentrenes arbejde. For så vidt som det er ønskeligt, at medarbejderne i det enkelte center har mere ensartede opfattelser af prioriteringer og grundholdninger i behandlingen, er det næppe rimeligt at pege på tværfagligheden som *begrundelse* for de forskellige og til tider modstridende holdninger. Snarere kan forholdet give anledning til at overveje, hvordan man med afsæt i tværfagligheden kan definere de fælles rammer, hvilket naturligvis ikke mindst peger på ledelsens rolle i centrene.

Det er oplagt at kæde tendensen til manglende enighed mellem de ansatte om behandlingen sammen med det indtryk, som flere af brugerne gav udtryk for i interviewene (jf. kapitel 4): det kan være svært at forstå, hvad behandlingen i distriktscentret går ud på, og svært at finde konsistens, forudsigelighed og retning i behandlernes ønsker og krav til brugerne mht. behandlingen (vedr. fx metadon-tildeling, nedtrapning, kontrol-tiltag, konsekvenser). Dette understreger yderligere, at problemet har meget central betydning.

Selv om der ikke er nogen udpræget enighed hverken blandt behandlere eller brugere indbyrdes, tyder resultaterne imidlertid også på, at ingen af parterne specielt *ønsker* den situation, hvor der er stor afstand mellem brugernes og behandlernes forståelse af de problemer, der skal arbejdes med. Det slående er, at mange af brugerne og mange af behandlerne et langt stykke ad vejen synes at gøre sig parallelle betragtninger: Det er de konkrete, umiddelbart håndgribelige forhold og problemer, der - på godt og ondt - lægges vægt på (metadon, sidemisbrug og kontrol for samme, praktisk bistand). Tilsvarende er der overensstemmelse mellem de arbejdsområder, som mange behandlere ønsker at fokusere *mere* på (færdigheder, sociale relationer, motivation) på den ene side, og på den anden side den værdi, som brugerne generelt tillægger samvær med og fortrolighed og respons fra behandlerne - uanset om de aktuelt har erfaring for dette eller ej. Netop disse elementer i forholdet mellem behandlerne og brugerne må betegnes som forudsætninger for den bedre kontakt til brugerne, som det tyder på at mange af behandlere ønsker, bl.a. gennem gruppe-samtaler og -aktiviteter.

Der synes således ikke at være nogen indbygget modsætning imellem hvad henholdsvis behandlere og brugere kunne ønske sig med hensyn til at forbedre behandlingen. Problemet ligger snarere et andet sted, nemlig i opfattelsen af hvilke *barrierer*, der er for at den ønskede udvikling kan ske. Stadig med det generelle forbehold i mente, at der ikke er fuldstændig entydige holdninger hverken hos behandlerne eller hos brugerne, skal der peges et helt centralt forhold:

Mange behandlere ønsker at arbejde med mere langsigtede og dyberegående forhold og problemstillinger i brugernes liv, hvilket forudsætter større fortrolighed og tættere kontakt til brugerne. Selv om mange behandlere ønsker at fokusere mindre på

sidemisbrug og metadon, er der stærkt delte meninger om, hvordan netop sidemisbrug og metadon, og den dertil knyttede kontrol, skal omgås (jf. spørgsmål 3 i spørgeskemaet). For behandlerne synes der ikke generelt at være nogen modsætning mellem kontrol, styring af metadon, fastholden af / pres mod nedtrapning, etc. på den ene side, og en tættere kontakt til brugerne på den anden. Mange ønsker begge dele. På denne måde betragtes regler og tilbud i behandlingen i distriktscentret ikke nødvendigvis som en del af problemet. Hos en del behandlerne er der snarere tilbøjelighed til at placere problemet hos brugerne - i deres indstilling til behandling, motivation, eller andre karakteristika, som omtalt ovenfor. Udbytte af behandlingen er brugernes, ikke behandlernes ansvar. Brugerne er barrieren for bedre behandling.

Som det fremgik af bruger-interviewene (kapitel 4) er der derimod for brugerne generelt netop tale om en modsætning mellem på den ene side behandlernes tilbud om at være fortrolige hjælpere og på den anden side deres rolle som kontrollører, regelhåndhævere, bestyrere af metadontildelingen, osv. Tættere kontakt og større ærlighed i forholdet er dermed i almindelighed vanskelig og ofte udelukket. Fra brugernes betragtning er den nuværende tilrettelæggelse af behandlingen således helt overvældende den barriere, der skal arbejdes med.

Man kan tilføje, at selv om der hos nogle behandlere er en tilbøjelighed til at placere barrieren mod større ærlighed, og en tættere og mere fortrolig kontakt, hos brugerne - snarere end i behandlingens tilrettelæggelse - er det under alle omstændigheder i behandlingen at udfordringen ligger, og problemet må løses. Alternativet er at konkludere, at brugernes karakteristika udelukker den ønskede udvikling i behandlingsforholdet. Som vi har set (spørgsmål 3 ovenfor), er en del af behandlerne imidlertid villige til at drage også denne konklusion.

Der er en vis overensstemmelse imellem brugernes og behandlernes vurdering af den sociale handleplans betydning for behandlingen, for så vidt som begge parter tillægger handleplanen *mindre* betydning for samarbejdet med socialcentret end for forholdet mellem bruger og behandler i distriktscentret. Det overvejende indtryk fra begge parter er således, at socialcentrets rolle i handleplansarbejdet er beskeden.

Når det er sagt, skal det understreges, at brugere og behandlere fremstår som ret *uenige* i deres vurdering af handleplanens betydning for deres indbyrdes samarbejde. Som det fremgår er der også forskellige erfaringer både blandt brugere og behandlere, og der er forskelle mellem behandlernes vurderinger i de fire centre. Men det overvejende indtryk er alligevel, at de fleste brugere tillægger handleplanerne ret ringe betydning, mens mange behandlere giver udtryk for mere positive erfaringer. Mens mange behandlere har erfaring for at kunne anvende handleplanen i deres arbejde med brugernes målsætninger, i det mindste en gang imellem, er de fleste brugere ikke kommet til at betragte handleplanen som et redskab i denne sammenhæng. Man kan hævde, at brugernes bevidste erfaringer er mindre afgørende end resultatet, hvis handleplansarbejdet giver en effekt - "bare det virker", så at sige. Imidlertid understreges dermed den tendens, som fremgik af interviewene med brugerne, nemlig at handleplanen snarere sås som behandlernes end som brugernes eget redskab. Der kan således fortsat være brug for at se på, hvordan handleplanen fungerer i samarbejdet med brugerne - om den fremmer den gode kontakt, eller om den snarere befordrer brugernes ambivalente indtryk af behandlingen (krav, kontrol og formalia på den ene side, hjælp og interesse på den anden).

Endelig skal der her føjes et par bemærkninger til spørgsmålet om øget brugerindflydelse i distriktscentrene. Det gennemgående resultat fra interviewene med brugerne var, at de betragtede deres indflydelse i centrene som begrænset; mange ønskede større indflydelse, men en del var i tvivl om, under hvilke former det kunne ske. Der er oplagte paralleller i dette til resultaterne af skemaundersøgelsens spørgsmål til behandlere om samme emne. Der var stor tilslutning til øget indflydelse til brugerne, med de uddybende begrundelser, der er omtalt ovenfor: det kan være ud fra en principiel holdning, såvel som ud fra forventningen om en positiv effekt på behandlingen. Det er imidlertid nok så vigtigt at være opmærksom på den tøven (bemærk fx andelen af "ved ikke"-svar) og de forbehold, der også anføres. Ikke alle behandlere er overbeviste om, at brugerne kan varetage øget brugerindflydelse.

Analysen af interviewene med brugerne viste, at deres fundamentale afhængighed af distriktscentret, og de regler og muligheder, som centret har, sætter grænserne for brugernes indflydelse på såvel deres egen behandling som på centret som helhed.

I denne situation er der en oplagt risiko for (og det er der allerede eksempler på i distriktscentrene), at initiativer til at øge brugernes kollektive indflydelse i centret - fx gennem husmøder - stik imod hensigten kan medføre *øgede* frustrationer og skuffelser hos såvel brugere som behandlere, der hver for sig ser sine antagelser eller bekymringer bekræftet: Brugerne erfarer, at de ikke kan få indflydelse på de forhold, der er *mest* afgørende for deres brug af distriktscentret (fx regler for metadontildeling og hjemtagning, anvendelsen af centrets personalemæssige og økonomiske ressourcer); mens behandlerne kan opleve brugerne som kværulantiske og ude af stand til at indgå i dialog om de emner, der dog *kan* diskuteres og informeres om.

Resultaterne peger på, at individuel og kollektiv brugerindflydelse ikke kan skilles ad. Øget kollektiv brugerindflydelse vil være afhængig af den enkelte brugers erfaring for at have en meningsfuld kontakt til behandlerne og derigennem indflydelse på sin egen behandling. Både individuel og kollektiv indflydelse forudsætter, at behandlingstilbuddet i distriktscentret fremstår overskueligt, rimeligt og meningsfuldt. Fra brugernes synspunkt har det intet formål at få "indflydelse" på forhold, som er uforståelige eller uforudsigelige.

Kapitel 6

Konklusioner og perspektiver

Formålet med dette afsluttende kapitel er ikke at opsummere hele rapportens indhold igen - der henvises til resumeet i begyndelsen af rapporten, og til de afrundende afsnit i hvert af de foregående kapitler. Formålet er snarere at præcisere nogle hovedkonklusioner, og yderligere at optegne nogle perspektiver, som undersøgelsen kan give anledning til.

6.1. Undersøgelsens rækkevidde

Denne undersøgelse af brugernes erfaringer fandt sted i en omskiftelig periode i distriktscentrenes arbejde, med flytninger af centre, et voksende antal behandlingsøgende brugere og ekstraordinære visitationsopgaver i forbindelse med den ændrede lovgivning på området. Samtidig er der sat gang i overvejelser om omstillingsproces for distriktscentrene, ikke mindst i kraft af oprettelsen af fem ambulatorier til varetagelse af den længerevarende metadon-behandling. Dermed kan der blive et større grundlag for at vægte andre sider af distriktscentrenes arbejde, ved siden af at en række funktioner naturligvis videreføres, især vedrørende visitationer og indledende, afklarende behandling. Rækkevidden af denne undersøgelse begrænser sig imidlertid ikke snævert til distriktscentrenes hidtidige virke, idet den peger på grundlæggende træk af brugernes erfaringer med og syn på behandling, med særlig vægt på forhold vedrørende metadon-tildeling. Dermed skønnes undersøgelsen at have mere generel betydning.

6.2. Afhængighed af metadon som livsvilkår

Fordelene for brugerne ved metadon-tildeling fremgår af denne undersøgelse som af andre undersøgelser, der er lavet på området. Det virker at få metadon, for så vidt som

brugeren får en umiddelbar mulighed for at blive fritaget for en vis del af de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af livet som aktiv stofmisbruger. Afhængigheden af stoffer som sådan ændres imidlertid ikke; ikke fordi nedtrapning ikke gennemføres eller lykkes, men fordi afhængighed og stofmisbrug er langt mere komplicerede problemer end blot et spørgsmål om fysisk tilvænning. Afhængigheden af metadon, og dermed af distriktscentret / behandlingssystemet, bliver et nyt vilkår i brugernes tilværelse, som de vedvarende forsøger at håndtere. Brugernes erfaringer med metadon-tildelingen vidner om nogle grundlæggende og beslægtede problemstillinger med mange forskellige implikationer.

6.3. Vanskeligheder vedrørende metadonens rolle i behandlingens praksis

Det er ikke kun *brugerne* i denne undersøgelse, der har et ambivalent forhold til metadon som en del af behandlingstilbuddet til stofmisbrugere. Selv om metadon-tildeling må betragtes som en veletableret del af behandlingssystemet i Københavns Kommune, kan der stadig påvises visse uløste, indbyggede konflikter - eller i det mindste uafklaretheder - i opfattelsen af metadon som behandlingsform. I forhold til behandlingssystemet som helhed er metadon formelt stadig defineret som residual-behandling, dvs. som den mindst ideelle behandlingsform, der kun bør vælges som sidste løsning. Samtidig er det den behandlingsform, de fleste brugere er omfattet af i en eller anden form. Det er oplagt at kæde denne position som en behandlingsform, der kun accepteres af nødvendighed, sammen med fraværet af et klart fastsat indhold i behandlingen. Det er således et væsentligt træk ved distriktscentrenes arbejdsgrundlag, at der er en indbygget dobbelthed med hensyn til metadonens placering: på den ene side understreges et helhedssyn på behandling, hvor metadonen nedtones og optræder som "understøttende"; på den anden side er metadonen reelt den del af behandlingen, som der fokuseres mest på, og helt uden sammenligning stilles flest formelle krav til. Metadon gives dels som led i nedtrapninger, dels som længerevarende tildeling ("vedligeholdelse"); forskellen defineres formelt ud fra varigheden (over 3 eller 6 måneder). I praksis er der ikke nogen klar skillelinje mellem de to former, men snarere glidende overgange. Det er kendetegnende for mange brugere, at de befinder sig i en

uafklaret position midt imellem nedtrapning og vedligeholdelse, i hvad der kan betegnes som “metadon indtil videre”.

6.4. Metadon bliver mål i sig selv for brugerne

For brugerne betyder disse behandlingsmæssige rammer først og fremmest vanskeligheder med at finde og fastholde et udviklingsperspektiv, nogle mål for behandlingen på længere sigt. Brugerne har vanskeligheder med overhovedet at nå frem til en afklaring af, hvad deres mål skal være (bortset fra helt generelle og fjerne mål som fx stoffrihed og arbejde), og vanskeligheder med at omsætte disse mål i det daglige. Problemet er, at helt øjeblikkelige bekymringer med hensyn til metadon-tildelingen vejer tungere: Frygt for konsekvenser af kontroltiltag (i tilknytning til metadon-tildelingen) og for formelle og uformelle sanktioner gør, at brugerne kan opleve metadon-tildelingen som permanent uafklaret og sårbar. Samtidig erfarer de, at behandlernes fokuserer på andre resultater af metadon-behandlingen end den “fred og ro”, den relative stabilitet, som de selv værdsætter: behandlerne ønsker resultater i form af nedtrapning og/eller ophør med sidemisbrug. Brugernes erfaringer viser, at kontrol og muligheden for sanktioner ikke virker med hensyn til at fremme motivation og opstilling af målsætninger for den enkelte. Ikke alene fremmer kontrol ikke denne proces; kontroltiltagene kan effektivt være med til at forhindre den, fordi de bidrager til at fastholde brugerne i en kortsigtet fokusering på at opretholde metadon-tildelingen (“man ved hvad man har, men ikke hvad man får”): brugerne foranlediges til at se på den kendte fortid og nutid, og ikke på fremtiden. Brugerne bekræftes i nødvendigheden af “at beskytte sine doner” for at fastholde de resultater, der dog er opnået.

6.5. Risikoen for, at sanktioner og “konsekvens” skader mere end gavner

I 1992 blev det formuleret, at “konsekvens i behandlingen” skulle være et princip i behandlingen af stofmisbrugere i Københavns Kommune. Dette må ses i sammenhæng med den diskussion, der var dominerende på det tidspunkt, om indførelsen af tvang i

behandlingen af stofmisbrugere. Tvang blev afvist i København, hvor man i stedet pegede på muligheden for at aftale med den enkelte bruger hvilke konsekvenser en eventuel manglende overholdelse af behandlingen skulle have. Konsekvenserne skulle beskrives i den individuelle handleplan for behandlingen, og begrænses hertil. Det fortsatte arbejde med at definere konsekvenser ledte til en yderligere understregning af sammenhængen mellem konsekvens og handleplan: den egentlige konsekvens af, at handleplanen ikke blev fulgt, måtte være, handleplanen blev revideret.

Samtidig med disse præciseringer af konsekvens må man imidlertid tage i betragtning, at "konsekvens" også har en anden, mere dagligdags behandlingsmæssig betydning. Det indebærer grænsesætning for brugerne, en markering af "hertil og ikke længere": ikke alene en understregning af, at reglerne i institutionen skal overholdes, men også i videre forstand: "at brugerne skal vide, hvilke konsekvenser deres fortsatte misbrug / sidemisbrug har". "Konsekvens" er et *plusord*, der udtrykker ønsket om at markere éntydighed og konsistens i indsatsen, men det er i sig selv uden klart indhold.

Brugerne har, som beskrevet i rapporten, selv mange forskellige opfattelser af og forslag til sanktioner og konsekvenser i behandlingen. Det er tydeligt, at kontrol, sanktioner og konsekvenser i høj grad er indarbejdet i brugernes opfattelse af, hvad stofmisbrugsbehandling går ud på. Imidlertid er det sjældent den enkelte selv, der mener at have behov for negative sanktioner som motiverende faktor i behandlingen: det er de andre.

Brugernes erfaringer med behandling i praksis viser, at der er brug for en kritisk vurdering af forestillingen om negative sanktioner og straf som middel over for afhængigheden af stofmisbruget som sådan - til forskel fra sanktioner som reaktion på adfærd, som ikke kan rummes inden for institutionen (fx vold), hvilket langt de fleste brugere som udgangspunkt også mener, der er nødt til at blive grebet ind over for. Brugernes erfaringer viser, at der er en klar risiko for, at kontrol og sanktioner rettet mod misbruget belaster forholdet til behandlerne og behandlingen som helhed i negativ og skadelig retning.

Den manglende effekt af sanktioner mod misbrug må ses i sammenhæng med de omfattende problemer, som brugerne kender fra deres liv som aktive stofmisbrugere. Konsekvenser af misbruget er ikke noget man behøver at blive belært om. Ingen kender vel de skadelige virkninger af et liv som stofmisbruger bedre end stofmisbrugerne selv. Det fortsatte stofmisbrug eller sidemisbrug er jo netop uafhængigt af, at de mulige konsekvenser er så voldsomme - til brugernes egen fortvivlelse. Det er altså ikke flere "konsekvenser", der er brug for. I behandlingssammenhæng betyder det, at brugerne på den ene side kan nære en stor frygt for fx at miste deres metadon-tildeling; men på den anden side medfører det *ikke*, at denne frygt kan vendes til at være et middel mod sidemisbrug. Sådan fungerer det ikke, fordi misbruget heller ikke for brugerne selv kan forstås og kontrolleres rationelt. Behandlingen må derfor fra brugernes synspunkt kunne tilbyde nye indfaldsvinkler til problemerne.

6.6. Forholdet mellem brugere og behandlere

Brugerne betegner det som et centralt problem, at de ikke synes at have mulighed for at kunne være fortrolige og ærlige over for behandlerne om de faktiske problemer, de har som brugere. Deres forhold til behandlerne belastes af parternes modstridende målsætninger og forventninger til metadon-tildelingen. Dette medfører videre, at forholdene i forbindelse med metadon (udlevering, kontrol, osv.) og reglerne for adfærd i centret har tendens til at dominere over andre hensyn i behandlingen, ikke mindst opbygningen af et godt forhold til behandlerne. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen til behandlerne viste en overensstemmelse mellem hhv. brugernes og behandlernes opfattelser af det ideelle indhold af behandlingen (arbejde med brugernes langsigtede behov, opbygge tættere relationer til hinanden). Parterne er imidlertid uenige om, hvad barrieren for at nå disse mål er, og der er en tendens til at henvise problemet til hinanden. Blandt en del af behandlerne forklares barrieren således bl.a. med bestemte karakteristika ved brugerne, der opfattes som stofmisbrugere iboende (fx tendensen til at lyve, svindle, manipulere). Brugerne derimod peger på, at barrieren grundlæggende ligger i behandlernes forhånds-mistillid, og den måde behandlingen er grebet an på (fokus på metadonen, stofferne). Brugernes "løgnehistorier" kan ikke

adskilles fra den sammenhæng de indgår i, som denne brugers oplevelse illustrerer:

Det mest negative [ved centret] er, at de får én til at komme med alle de historier. I stedet for at man kan have rene linjer. Hvis man skal et eller andet - man skal komme hver dag - ... [man kan ikke] bare sige: "De næste par dage kunne jeg godt tænke mig at blive hjemme, om jeg ikke kan få mit metadon med hjem til et par dage". De ville dø af grin, hvis du kom og sagde sådan! Så er du nødt til at komme og sige, at papegøjen har knækket vingen og ligger i gips. Det kan jo ikke være rigtigt! Og de vil selv gerne have, at der er rene linjer, også.

Eftersom både behandlere og brugere peger på det ønskelige ved større ærlighed og fortrolighed i forholdet mellem parterne, er der brug for at arbejde *målrettet* med disse forhold, der vel må betegnes som grundlæggende forudsætninger for behandlingen. Sundhedsstyrelsen har i sit cirkulære vedrørende metadon m.v. anført, at "al metadon-behandling forudsætter kontrol". På grundlag af brugernes egne erfaringer kan man med lige så stor ret sige, at "al metadon-behandling forudsætter tillid", hvis den skal have værdi og effekt for brugerne som afsæt for videre udvikling.

6.7. Manglende sammenhæng mellem behandlingens forskellige dele

Det er en gennemgående observation i denne undersøgelse, at metadon-tildelingen og kravene til den har en tendens til at dominere over andre elementer af behandlingen. Derved bliver det tydeligt, det ikke har været tilstrækkeligt at nøjes med at betegne distriktscentrenes indsats som "tværfaglig", og stille en række faglige kvalifikationer til rådighed ved siden af metadontildelingen. Det har ikke været tilstrækkeligt at betegne behandlingen som metadonunderstøttet behandling med afsæt i socialfaglig og socialpædagogisk indsats - uden at tage højde for, hvordan disse forskellige led i behandlingen *virker ind på hinanden*, og til tider giver modsatrettede interesser (fx kontrol og tillid). Når hertil kommer, at metadon-tildelingen er den del af behandlingen, der stilles de fleste og mest udførlige, formelle krav til, er det ikke overraskende, at behandlingen i vid udstrækning foregår på metadonens vilkår - på trods af intentionerne om det modsatte.

6.8. Det socialpædagogiske arbejdsfelt er uafklaret

Særligt bør vanskelighederne med at præcisere det socialpædagogiske arbejdsfelt nævnes. De øvrige behandlende personalegrupper (læge, psykolog, socialrådgiver, sygeplejerske) har fortrinsvis specialiserede funktioner i centrene, og konkrete arbejdsopgaver på velbeskrevne og afgrænsede felter. Socialpædagogerne derimod er behandlingens generalister, der som udgangspunkt skal varetage alle øvrige arbejdsopgaver. Disse funktioner i forhold til behandlingen er imidlertid stort set ubeskrevne fra centralt hold; og det er vanskeligt at præcisere hvad en "generel behandlingsfunktion" vil sige inden for rammerne af en behandling, hvis indhold ikke er præcist defineret. Der er således ingen anvisninger for en udviklingsretning af det socialpædagogiske element i behandlingen. Selv om der på et alment niveau er enighed om at anvende samtaler og aktiviteter i behandlingen, og den umiddelbare nytte for den enkelte bruger kan påvises, er betydningen af disse indsatser i sammenhæng med behandlingen på institutionen som helhed ikke nødvendigvis præciseret.

Brugerne i denne undersøgelse peger på værdien af engagement, kontakt, positive erfaringer i forholdet til behandlerne. Dette peger på, at der er brug for at give brugerne erfaringer med positive sociale relationer, positiv respons, og derigennem opbygge brugernes selvtillid. Det kunne være rimeligt at tage udgangspunkt heri for den fortsatte diskussion om kerne-formålet med den socialpædagogiske indsats, samt - og det er ligeså vigtigt - at overveje hvad dette indebærer for tilrettelæggelsen af indsatsen i distriktscentret i øvrigt.

Diskussionen om forholdet mellem brugerne og behandlerne rejser spørgsmålet om professionel distance *contra* personligt engagement i behandlingsarbejdet. Der er brug for at overveje, hvilke værdier og normer, der skal lægges til grund - og hvor grænserne for, hvad en rent professionelt defineret indsats kan formå. I den forbindelse må også brugernes interesse for at stoffri ex-misbrugere inddrages i behandlingen bemærkes. Der må erindres om, at brugerne gennemgående ser tidligere misbrugere som troværd-

ige i deres engagement og kendskab til problemerne, og der er en større mulighed for indforståethed og identifikation mellem parterne.

6.9. Individuel behandling: at tilgodese mange forskellige behov

Uagtet, at der kan tales om en manglende *sammenhæng* mellem behandlingens forskellige dele, har de enkelte dele af behandlingen hver for sig vist deres berettigelse. Overordnet må det konkluderes, at denne undersøgelsen peger på *værdien af* en lang række af de forskellige fagligt baserede tiltag, som distriktscentrene tilbyder brugerne - ikke blot metadon-tildelingen, men også praktisk hjælp og vejledning til brugerne, bistand fra socialrådgiverne, psykologisk terapi, aktiviteter med behandlerne, osv. Med udtrykket *værdien af* hentydes til, at tilbudene værdsættes af brugerne, når de mener at have adgang til dem (også selvom de måske ikke selv benytter dem), og efterlyses, når de ikke mener at have adgang til den. Fra distriktscentrets side er situationen i høj grad et spørgsmål om, hvorvidt og hvordan denne stadige efterspørgsel kan tilgodeses, og hvilken behandlingsmæssig værdi, tilbudene hver især tillægges. Brugernes behov for støtte på mange forskellige niveauer forekommer meget omfattende og vedvarende, og på trods af bestræbelser på at imødekomme behovene, må der konstateres et gab imellem på den ene side karakteren og omfanget af brugernes problemer, og på den anden side indhold og omfang af de tilbudte interventioner (praktiske hjælp, samtaler, aktiviteter, osv.).

Distriktscentrenes løbende prioriteringer af indsatsen, også i relation til den enkelte bruger, kan ses som udtryk for forsøget på til stadighed at finde pragmatiske løsninger for så mange brugere som muligt. Behandlingen udgøres således af et kontinuerligt tilbud fra de forskellige faggrupper blandt personalet, og som beskrevet værdsættes dette også af brugerne. Men situationen kan også ses som udtryk for vanskelighederne med at finde og definere målsætninger for behandlingsarbejdet for institutionen som helhed. Det er derfor ikke overraskende, at *individuel behandling* hyppigt understreges som referenceramme for distriktscentrets behandlingsarbejde. På samme måde som "konsekvens" er "individuel behandling" et positivt ladet udtryk, der henviser til ønsket

om at tilgodese den enkelte brugers situation i forhold til behandlingen. Og ligesom "konsekvens" har "individuel behandling" ikke noget fast indhold, men er et gummibegreb, der kan bruges med forskellige betydninger i forskellige sammenhænge. Individuel behandling betyder bl.a. bestræbelsen på at få brugerne til at opstille sine egne mål med behandlingen, og på at finde egnede tilbud til den enkelte. Begge disse bestræbelser begrænses imidlertid af de praktiske, daglige forhold og muligheder i institutionen, som beskrevet. "Individuel behandling" betyder imidlertid også en individualisering af krav og anvisninger fra personalet til den enkelte bruger: brugerne er forskellige, og må derfor have forskellige vilkår. Der er her en fare for, at hvor behandlerne ser individuel behandling, ser brugerne forskelsbehandling eller graduering af kontrol efter graden af tillid til den enkelte. Denne modsætning synes kun at kunne overvindes ved større åbenhed fra begge sider: at behandlerne gør det tydeligt for brugerne, på hvilket grundlag der praktiseres "forskelsbehandling", og at brugerne accepterer, at forskellige behov må betyde forskelle i tilbud og krav.

I den aktuelle situation er der en tendens til, at princippet om "individuel behandling" fungerer som erstatning for en egentlig behandlingsmodel i distriktscentret. Princippet om individuel behandling behøver imidlertid ikke udelukke, at der opstilles egentlige behandlingsprogrammer i centrene - snarere skal dette ses som en *udvidelse* af rammerne for individuel behandling, for så vidt som der sker en forøgelse af den enkelte brugers mulighed for at vælge at gennemgå et defineret behandlingsforløb.

6.10. Behandlingsmodel for metadon-brugere: Det essentielle valg og dets betingelser

Afslutningsvis skal der her anføres nogle betragtninger over nogle af de øvrige overvejelser, som denne undersøgelse kan foranledige med hensyn til udviklingen af modeller og metoder i metadonbehandlingen. Grundsynspunktet er her, at der må tages afsæt i metadon-brugernes faktiske situation, der gennemgående er kendetegnet af den stabiliserende effekt af metadon-tildeling, men fortsat misbrug (som regel på et lavere niveau) og en række udestående problemer af social, psykologisk og ofte også fysisk

karakter. For de fleste af brugerne i denne undersøgelse har metadon været den umiddelbart tilgængelige og relativt hurtigtvirkende løsning over for den problemfyldte, og ofte ved behandlingssøgning akut forværrede, situation som aktiv stofmisbruger. Det er først *efter* denne relative stabilisering at brugerne står over for et essentielt valg mellem enten stoffrihed, eventuelt via nedtrapning, *eller* fortsat metadon med så lavt sidemisbrug som overhovedet muligt, helst intet. Selv om behandlingssystemet og det omgivende samfund vel altid må sætte stoffrihed øverst - ligesom brugerne også selv i vidt omfang betragter stoffrihed som det ideelle - er det afgørende, at den enkelte bruger tilbydes nogle behandlingsmæssige rammer, hvor det vanskelige valg om behandlingsform kan træffes så vidt muligt uden at være tynget af kortsigtede eller øjeblikkelige hensyn, fx til at sikre metadon-tildelingen. Dette peger på behovet for et behandlingsregi og et behandlingsprogram, hvor de forskellige dele af indsatsen vægtes meget nøje i forhold til hinanden. Programmet må ikke på forhånd kræves indrettet efter metadon-tildelingen og dens tilhørende krav om kontrol og dens forventning om hurtige resultater, der er urealistiske for brugerne.

Erfaringerne viser klart, at brugerne har vanskeligt ved at rykke væk fra metadonen igen, når de først har opnået den. Hvis man vil løse dette problem for de brugere, der gerne *vil* væk fra metadonen, og det er i det mindste til at begynde med praktisk talt alle, så må årsagerne til problemet klarlægges. Da er det ikke nyttigt blot at se på stoffet (metadon) i sig selv - som brugerne under sædvanlige omstændigheder ikke just betragter som en nydelse - eller blot lede efter mekanismer, der er brugerne iboende (stoftrang, angst for forandring, osv.). Det er også nødvendigt at se på brugernes vilkår i den behandlingsform, de er underkastet. Hvis man ønsker, at brugerne skal vælge og arbejde på stoffrihed, må dette valg være synligt, realistisk muligt, og troværdigt for brugerne, og vejen derhen konkret: dvs. udformet som et tilgængeligt og målrettet behandlingsforløb. Forsøg på at fremkalde "motivation" alene gør det ikke.

Som beskrevet viser brugernes erfaringer, at frygten for kontrol og sanktioner i højere grad er fastholdende end udviklende for brugerne. Dette påvirker brugernes udsyn, og deres mulighed for at vælge at arbejde konkret mod stoffrihed her og nu. Det er ikke *pres*, der er brug for, som denne bruger siger:

Man siger, at de [brugerne] vil jo selv have de metadoner. Det er også rigtigt nok - men har de nogen sinde haft den ro og tryghed til at sætte sig ned og finde ud af, om de vil noget andet end at få de metadoner?

Dette peger på behovet for en behandlingsmodel, eventuelt inden for en vis tidsramme, hvor en afklaring af dette valg kan finde sted.

6.11. Behovet for en integreret indsats

Endelig kan man på grundlag af denne undersøgelse overveje behovet for at revurdere den "model" for behandlingen, der er underliggende for distriktscentrenes praksis - nemlig et forløb, der hedder:

stofmisbrug \Rightarrow misbrugsbehandling \Rightarrow social efterbehandling (ved socialcentret) \Rightarrow normalisering / integration.

Denne model kan bidrage til, at behandlingsforløbet bliver fokuseret på stofferne - og metadonbehandlingen fokuseret på nedtrapning - for at opnå den ideelle tilstand af stoffrihed, *hvorefter* (og først da) den videre sociale indsats kan sættes ind. På grundlag af denne undersøgelse må dette imidlertid betragtes som utilfredsstillende og utroværdigt i forhold til brugernes erfaringer og situation.

I modellen opfattes behandling som et ensrettet forløb man gennemgår i én retning; eventuelt må man prøve flere gange, men ideelt set kommer man ud som helbredt. Virkeligheden for mange brugere, der har været misbrugere i flere år, er at stofmisbruget er en langvarig, måske kronisk tilstand med vekslende perioder af stofbrug. Behandling bliver da snarere en måde at overleve og begrænse skadevirkningerne af misbruget på for den enkelte. Metadon-behandlingen kan ikke betragtes som en *kur*, der gennemløbes, men er i første omgang et alternativ, en mindre belastende måde at være stofmisbruger på. Hvis den skal være andet, kræves der en særlig indsats, som beskrevet ovenfor. Der er under alle omstændigheder brug for

kontinuerligt at arbejde med stof-problemet, også selv om man aktuelt er stoffri. Samlet set peger brugernes erfaringer således på, at en rigid opdeling af indsatsen i "behandling" og "efterbehandling" ikke er relevant.

Helt parallelt hertil kan den sociale indsats ikke begrænses til tiden efter opnåelse af stoffrihed. Denne undersøgelse peger på betydningen af socialrådgiverne i centrene for brugerne både under og efter metadon-behandling. Dette viser også behovet for en kontinuerlig, sammenhængende indsats. Ligeså kan man pege på behovet for tilbud om aktivering, revalidering og andre tilbud til brugere, der er i metadon-behandling. Modviljen fra omgivelserne mod at inddrage metadon-brugere i diverse tilbud, må langt hen ad vejen betegnes som fordomme, som baserer sig på en forestilling om, at metadonister er for påvirkede og for ustabile til at arbejde med. Sådanne indbyggede barrierer i systemet er der brug for at gøre op med. Dette forhold understreger, at resocialisering og integration af metadonbrugere og stofmisbrugere i samfundet også stiller krav til store forandringer i omgivelsernes syn på denne gruppe.

Bilagsfortegnelse

De efterfølgende sider omfatter nedenstående bilag:

Bilag 1	Regler for behandling i Distriktscentrene
Bilag 2	Regler for metadonudlevering, Distriktscenter Amager
Bilag 3	Regler for metadonudlevering og behandling, Distriktscenter Indre
Bilag 4	Reglement, Distriktscenter Nordre
Bilag 5	Notat vedr. udskrivning af klienter
Bilag 6	Evaluering af Nedtrapningskursus, Distriktscenter Indre
Bilag 7	Spørgeskema til de behandlende medarbejdere i de fire distriktscentre
Bilag 8	Resultater af spørgeskemaundersøgelsen til de behandlende medarbejdere

Regler for behandling i Distriktscentrene.

Der skal ved behandlingens start underskrives en samtykkeerklæring, således at der kan samarbejdes med egen læge, relevante hospitalsafdelinger og apoteker, social- og sundhedsforvaltningen, Kriminalforsorgen og andre relevante myndigheder.

Truende eller voldelig adfærd overfor personalet og medklienter medfører øjeblikkelig bortvisning fra centret.

Handel med stoffer, tyveri og hærværk i centret og dettes nærmest omgivelser medfører bortvisning.

Under behandlingen skal man være villig til at aflægge urinprøver og lade sig undersøge for stikmærker, og i øvrigt følge anvisningerne fra centrets personale.

Særligt om metadon:

Metadon gives kun i form af mikstur.

Metadon indtages som hovedregel dagligt under opsyn.

Mistet metadon erstattes ikke. Dog vil metadon som spildes eller væltes i forbindelse med indtagelsen blive erstattet umiddelbart. Ligeledes erstattes metadon ved observeret opkast inden for den første halve time efter indtagelsen.

Dato

Underskrift

Navn - CPR

DISTRIKTSCENTER AMAGER

REGLER FOR METADONUDLEVERING

1. Der gives kun metadon i form af mikstur.

2. Dosis fastsættes af distriktscentrets læge.
Dosis kan kun ændres efter forudgående aftale med lægen.
Praktiserende læge orienteres.

3. Metadonen indtages dagligt i distriktscentret.

4. Der gives ikke erstatning for mistet metadon - uanset årsag.

5. Misbrug af metadonen og andre stoffer kan medføre, at metadonen standses.

6. Alle, som får metadon via distriktscentret, må være villige til at aflægge urinprøve under kontrol, når medarbejderne forlanger det.

7. Anvisninger fra distriktscentrets medarbejdere skal følges.
Hvis dette ikke sker, kan det medføre, at metadonen standses omgående.

8. Det er ikke tilladt at indtage eller handle med stoffer i distriktscentrets lokaler eller de nærmeste omgivelser. Overtrædelse af denne regel vil normalt betyde øjeblikkelig stop for metadon og udelukkelse fra behandlingen.

9. Vold (eller trusler om vold) mod andre klienter, medarbejdere eller distriktscentrets ejendom medfører øjeblikkelig afbrydelse af behandlingen og kan medføre politianmeldelse.

Jeg bekræfter, at jeg har modtaget en kopi af disse regler og at jeg vil følge dem.

København den / 1995

Navn: _____

Underskrift:

REGLER FOR METADONUDLEVERING

1. I forbindelse med indskrivning i centret orienteres egen læge, som samtidig anmodes om ikke at udskrive vanedannende medicin.
2. Dosis fastsættes af centrets læge, og kan kun ændres efter forudgående aftale med denne.
3. Metadonen indtages i sygeplejerskens rum sammen med evt. anden ordineret medicin.

Der er åbent for udlevering daglig fra kl. 9.00 - 10.30. Afvigelser herfra kan kun ske ved dokumenterbart forfald, f.eks. ved skadestuebesøg eller tilbageholdelse af politiet.

4. Metadonmikstur, som spildes eller væltes i forbindelse med indtagelse sygeplejerskerummet, erstattes umiddelbart. Ligeledes erstattes metadon ved observeret opkast inden for det første kvarter efter udleveringen har fundet sted.

Herudover gives der ikke erstatning for mistet metadon - uanset årsag.

5. Ved stabilt behandlingsforløb, overholdelse af aftaler, rene urinprøver, ved evt. skolegang eller arbejde, kan man kvalificere sig til mindre fremmøde eller afhentning via apotek. Afgørelse herom træffes af det samlede personale på centret. Ved apotekudlevering skal man selv betale metadonen.
6. Alle, som får ordineret metadon via distriktcentret, må være villig til at aflægge urinprøve under kontrol, når medarbejderne forlanger det. I det hele taget skal anvisninger fra distriktcentrets personale følges.
7. Det er ikke tilladt at indtage eller handle med stoffer i distriktcentret eller de nærmeste omgivelser. Overtrædelse af denne regel vil normalt betyde øjeblikkelig stop for metadon eller bortvisning.
8. Vold eller trusler om vold mod medarbejdere, andre klienter eller distriktcentrets ejendom, medfører ligeledes øjeblikkelig afbrydelse af behandlingen samt evt. politianmeldelse.
9. Hvis personalet skønner, at du kan administrere det, er det valgfrit om du i week-enden vil møde på centret eller have metadonen med hjem til lørdag og søndag. Metadon, mistet i week-ends, erstattes ikke, uanset årsag.
10. Hvis du ønsker at rejse på ferie, skal du senest en uge forinden rette henvendelse til din kontaktperson, som forelægger dit ønske for det øvrige personale. Beslutning træffes af det samlede personale. Ved udlandsrejser skal anmodningen forelægges senest 14 dage forinden, da der skal udarbejdes dokumenter i forbindelse med medbringelse af metadon. Billetten forevises i distriktcentret i forbindelse med anmodningen. Beslutningen træffes af det samlede personale.

Jeg bekræfter, at jeg har modtaget en kopi af ovenstående regler, og at jeg vil følge dem.

underskrift

BEHANDLING PÅ DCI

Samtaler med kontaktpersonen, skal man møde til. Det er vigtigt at man viser stabilitet, og passer sine aftaler. Samtalerne kan være mange ting, men formålet er at man arbejder mod de mål, man har skrevet i sin handleplan.

Kontaktpersonen er den der ved hvor du er i din behandling. KP er koordinerende for al den øvrige behandling. Hvis du har brug for at tale med læge, psykolog, socialrådgiver, skal du først tale med din KP, der så sørger for en aftale.

Metadon får du udleveret dagligt og i flydende form. Du skal møde til dine aftaler med lægen for at få din metadon, da det kun er lægen der kan ordinere den, dvs. hvis du udebli-
ver fra lægesamtale, ophører din metadon. (Det kan også ske, hvis du ikke overholder dine aftaler med din KP). Hvis du har behov for at tale med lægen ud over de aftaler du har fået fastlagt, skal du først tale med din kontaktperson.

Sociale sager kan være hjælp til at søge lejlighed, pension, og i det hele taget hjælp til kontakten til socialcentret og div. Du skal også her tale med din kontaktperson først, muligvis kan denne hjælpe dig, ellers sørger han/hun for en tid til dig hos socialrådgiveren.

Psykolog kan du tale med, hvis du har brug for mere terapeutiske samtaler, f.eks bearbejdning af traumer etc. Psykologsamtaler skal du også tale med din kontaktperson om, denne vil så tage det op på et behandlingsmøde, hvor det besluttet om du skal tilbydes at tale med psykolog.

Gruppesamtaler er et supplement til dine samtaler med din kontaktperson. Her kan du tale med andre kl. under mere strukturerede former.

Eks: Nedtrapningsgruppen, her kan du tale åbent om dit misbrug, få nogle værktøjer/metoder til at stoppe misbruget, få mere indhold i dagligdagen. (Disse ting arbejdes der også med i den individuelle kontaktsamtale, men her er det i en gruppe med bidrag fra andre der er i samme situation.)

Aktiviteter:

DCI'S RETNINGSLINIER FOR LÆNGEREVARENDE METADON-
BEHANDLING, OG "TAG MED HJEM" ORDNING.

Hjemtagning er på eget ansvar, og tabt metadon erstattes under ingen omstændigheder.

Alle kan få metadon med hjem i weekenden, hvis man kan administrere det.

Hvis du vil have metadon hjem til flere dage, ud over weekenden, skal du kvalificere dig- ved at aflægge to på hinanden følgende rene urinprøver.

Inden du kan begynde at kvalificere dig, skal dit ønske behandles på et behandlingsmøde.

Der skal være en fornuftig begrundelse for anmodningen- og det kræves, at du kommer til dine aftaler.

Ordningen inddrages ved én uren up, eller udeblivelse fra to på hinanden flg. samtaler.

Ved enkeltstående tilfælde, skal du vise dokumentation- og i god tid, så det kan behandles på et morgen- eller behandlingsmøde.

Får du arbejde eller starter på uddannelse, kan du - hvis du i øvrigt passer dine aftaler, og kan vise dokumentation - få metadon fra apotek til daglig udlevering.

Når du er i metadonbehandling på DCI, skal du lægge UP en til fire gange om måneden og mindst komme til samtaler med din behandler hver 14 dag. (I starten oftere, f.eks. hver uge).

Ferie:

Du skal komme med anmodningen om metadon til ferie i god tid, således at det på et morgen- eller behandlingsmøde kan vurderes (ud fra din totale situation) om det er forsvarligt.

Du skal ved rejser vise din billet

REGLEMENT - DISTRIKTSCENTER NORDRE

1. På distriktscentret kan du få lægelig, psykologisk og social hjælp og støtte. Formålet er, at hjælpe dig til et bedre liv socialt, stofmæssigt og helbredsmæssigt. Du skal deltage aktivt i behandlingen, der planlægges sammen med din behandler. Der er krav om dagligt fremmøde, også søn- og helligdage.
2. Du skal være gruppe 1 medlem af sygesikringen og give besked ved lægeskift. Det er en forudsætning for behandlingen, at du underskriver en samtykkeerklæring, så der kan samarbejdes med din læge, hospital, apotek, social- og sundhedsforvaltningen, kriminalforsorgen og andre relevante myndigheder.
3. Du skal være parat til at aflægge urinprøver ved forlangende og lade dig undersøge for stikmærker. På personalets anmodning skal du puste i alkometer samt være indforstået med at gå i antabusbehandling. Antabus administreres af distriktscentret. Metadon skal indtages under opsyn. Uds mugling af metadon eller forsøg herpå medfører udskrivning. Hvis du møder skæv eller beruset, vil du ikke få metadon og må ikke opholde dig i venteværelset.
4. Du må ikke tage anden nerve- eller sovemedicin end den, du får på distriktscentret. Du må ikke tage smertestillende medicin, udover håndkøbspiller, dog ikke tabletter indeholdende codein.

Hvis du ved behandlingens start bruger nerve-/sove- eller smertestillende medicin, skal du lave en aftale om, hvordan dette skal afvikles.

5. Du må ikke begå kriminalitet, mens du er i behandling.
6. Truende eller voldelig adfærd overfor personalet eller medklienter vil føre til øjeblikkelig bortvisning.
7. Brud på institutionens regler og på de indgåede aftaler, kan medføre udskrivning.

Med venlig hilsen
Personalet

Dato

Underskrift

Udskrivning af klienter fra distriktscentrene (og andre behandlingsinstitutioner).

Notat fra arbejdsgruppen vedr. udskrivningsregler konfirmeret på Distriktscenterleder mødet d. 25. jan. 1996.

1. **Begrebsafklaring.** Der var enighed om kun at operere med begrebet *tidsbegrænsede udskrivninger*, dvs. udskrivninger i kortere eller længere tid, og gerne kortvarigt, men ikke under en måned. Udskrivning regnes fra den dag hvor den administrative afgiftning afsluttes. Tidsbegrænsede udskrivninger afskaffes, lige så karantæner, men selvfølgelig kan man blive bortvist fra institutionen (holde pauser) fra institutionen i et begrænset tidsrum, eller fra konkrete aktiviteter, men fortsætte med den øvrige del af behandlingen, inklusive den medikamentelle.

2. **Kriterier.** Absolutte var vold, trusler om vold, stofindtagelse i institutionen, stofhandel, hærverk, tyveri i institutionen eller nabolaget.

Relative var manglende udbytte af behandlingen, gentagen fremmøde i påvirket tilstand, etc.

3. **Hvordan takles udskrivningen?** Praksis var noget forskellig de enkelte institutioner i mellem.

Det er vigtigt, at det er institutionen som sådan der udskriver klienten, ikke en konkret ansat.

Beslutningen skal træffes af personalegruppen, behandlingsmødet eller i sidste instans centerlederen, afhængig af tidsfaktoren, men det er vigtigt at det er et kompetent forum der træffer beslutning om udskrivningen.

Formidlingen til klienten kan ske skriftligt eller mundtligt. Hvis mundtligt er det vigtigt at der altid er > 1 person til stede. Ledelsen skal altid være repræsenteret, og ofte er det nødvendigt at involvere lægen for at fastlægge den videre medicinering.

Udskrivningen gælder normalt for den konkrete institution, ikke for det samlede behandlingssystem. Dvs. at man kan blive udskrevet fra en enkelt institution, men fortsætte behandlingen i en anden, så fremt denne er indforstået her med.

4. Afgiftning i forbindelse med udskrivningen skal individualiseres inden for rimelighedens grænser. Som regel dosisreduktion 5 mg metadon hver 1. - 3. døgn. Det bør tilstræbes, at afgiftningen er afsluttet i løbet af ca. 1 mdn.

Afgiftning kan foretages på institutionen eller fra apotek. I sidstnævnte tilfælde skal der foreligge samtykke fra klienten om tilladelse til videregivelse af informationer fra apoteket. (Samtykke bør indhentes allerede ved indskrivningen af klienten). Det er behandlingsinstitutionen, og ikke socialcentret eller klienten selv, der specielt i denne situation afregner økonomisk med apoteket.

5. Sidemisbrug. Dette kan i sig selv aldrig være udskrivningsgrund. Vedvarende opioidsidemisbrug kan medføre afbrydelse af metadonordinationen, men ikke af behandlingen.

6. Fælles regelsæt. Der vedlægges et udkast til et sådant.

UDSKSLUT.WPS

DISTRIKTSCENTER INDRE

Hørsholmsgade 20 A . 2200 København N
Telefon 35 82 44 45 . Telefax 35 82 44 50



EVALUERING AF PROJEKTET: "NEDTRAPNINGSKURSUS: REDUKTION AF SIDEMISBRUG OG NEDTRAPNING FRA METADON"-KORT PRÆSENTATION

C:\OFFICE\WPWIN\WPDOK\PROJEKTE\PILOT\PROSAMMENDR.WPD

SAMMENDRAG: Denne rapport beskriver et ambulant projekt løbende over 6 måneder. Formålet var at afprøve en ambulant behandlingsmetode i gruppebehandling for at reducere sidemisbrug og nedtrappe klienter fra metadon. Den teoretiske referenceramme var kognitiv adfærdsterapi. Projektleder var psykolog og assistenten var psykologistuderende (bachelor i psykolog).

Projektet startede med to ugers kursus med 3 x 2 hele dags kurser, hvor deltagerne blev kendt med hinanden og fik en indføring i de metoder og den tankegang, som lå til grund for projektet. Klienterne blev gjort ansvarlige i forhold til deres egen behandling. De formulerede målsætninger for sit misbrug og målsætninger for deres liv i øvrigt. Formålet var at højne livskvaliteten. De registrerede løbende deres misbrug og formulerede ugemål for udviklingen. De udviklede strategier for, hvordan de ville forebygge, begrænse eller ophøre med misbrug. De formulerede ugentlige mål inden for områderne personlig udvikling, arbejde, familie og fritid. 10 deltagere startede i projektet. 6 af disse fuldførte, 3 blev efter eget valg overført til anden behandling, og en gik igen over i metadonbehandling i centeret.

Projektet blev evalueret ved spørgeskemaer ved projektets afslutning. Resultaterne viser, at heroinmisbruget faldt til cirka 1/3, alkoholforbruget blev halveret, pillemisbruget blev praktisk talt elimineret, hashforbruget var uændret. Der skete en dramatisk reduktion af kriminaliteten og en markant hævnning af oplevet livskvalitet. Der var stor tilfredshed med projektet.

FORMÅL

Formålet med "Nedtrapningskursus: Reduktion af sidemisbrug og nedtrapning fra metadon" var i ambulant regi at lave et behandlingstilbud, som nåede de to skitserede målsætninger.

Tilbudet blev lagt ud til alle klienter i Distriktscenter Indre. Alle fik tilsendt et brev med tilbud om at komme til et informationsmøde. I tillæg blev klienter rekrutteret ved personlig kontakt. Det blev også sat sedler op på opslagstavlen.

PRAKTISK GENNEMFØRELSE

Det første møde var den 27.11.95. 10 klienter havde tilmeldt sig. De gennemgik et to-ugers introduktionsforløb med møder 3 hele dage om ugen. Formålet var at ryste gruppen sammen og introducere dem til arbejdsindholdet: At anvende metoder til at reducere sidemisbrug og hæve livskvaliteten. Metoden bygger på bredt orienteret kognitiv adfærdsterapi.

De blev trænet i selvregistrering af misbruget (de udfyldte skemaer for dette hver uge), og fik træning i planlægning. De lærte metoder til at planlægge og tilrettelægge sit daglige liv og at formulere målsætning for sig selv.

Vi tog på restaurant og spiste, spillede bowling og spiste aftensmad sammen på centret. Formålet var at blive kendt med hinanden på en ny måde og ikke kun i behandlingskonteksten.

Efter 2 ugers introduktion gik vi over til at mødes 2 x 3 timer ugentlig - hver tirsdag og



torsdag kl. 11.00 - 14.00. Hver gang startende med morgenmad. 10 klienter startede på kurset. 2 af dem gik efter to måneder over i døgnbehandling, en valgte at droppe ud og kom senere i anden form for behandling, og en valgte at stoppe, da kæresten stoppede. Seks af 10 klienter fuldførte kurset helt. Den evaluering, som kommer nedenfor, bygger på deltagernes besvarelse af spørgeskemaer ved projektets afslutning.

Møderne var meget strukturerede. Om tirsdagene talte vi om misbruget - hvor stort det havde været, hvad deres mål for misbruget var, om det var nået, hvorfor og hvorfor ikke, hvad deres målsætninger for den næste uge var.

Hver klient udfyldte et ugeskema for forventet og faktisk misbrug. Disse oplysninger blev overført til en kurve, så de på et skema kunne se, hvordan deres misbrug udviklede sig.

Torsdagene blev brug til planlægning: Hvad var deres ønsker, drømme eller længsler? Hvordan kunne disse omsættes til konkret handling i dag? I næste uge? Formålet var at bryde de ofte alt for store og urealistiske mål ned i mindre delmål som dannede udgangspunkt for handling. De blev bedt om at lave mål for næste uge, som der blev fulgt op næste torsdag: Hvad var deres ugemål? Blev det nået? Hvorfor, hvorfor ikke? Hvad skal målet være den næste uge??

Projektet blev afsluttet medio maj-96.

Nedenfor står et sammendrag af de vigtigste data.

RESULTATER AF PROJEKTET - SAMMENDRAG FRA SPØRGESKEMADATA

Det samlede misbrugsbelastning (brug af heroin, hash, øl og piller) blev næsten halveret. Forbruget af heroin (som var målet) blev reduceret til knapt 1/3, alkoholforbruget blev reduceret til under det halve, pilleforbruget blev praktisk talt elimineret, og hashforbruget forblev konstant.

Det var meget væsentligt, at troen på, hvor besværligt det ville være at komme ud af sidemisbruget og metadonen blev væsentligt reduceret. På en skala fra 0 -10 med 0 som ingen problemer og 10 helt umuligt var troen på hvor besværligt det ville være at komme ud af sidemisbruget og metadon før og efter behandlingsforløbet henholdsvis 7,2/4,2 og 9,0 /7,0. Det vil sige, at de betragtede dette som en væsentlig mindre besværlig opgave efter gruppeforløbet end før.

Et skøn over det samlede forbrug af penge til stoffer før og efter projektet var følgende: Måned før projektet startede svarede forbruget til ca. kr. 48.300 og i måneden ved projektets afslutning ca. kr. 11.800, en reduktion til ca. 1/4. Og et forbrug gennemsnitligt på henholdsvis kr. 8000 og 2000. Dette har jo store konsekvenser for f.eks. kriminaliteten. Et forbrug på 2000 kroner kan klares inden for bistandshjælpens rammer, mens et forbrug på 8000 kroner kræver massiv kriminalitet.

Der skete en dramatisk reduktion af kriminaliteten målt som antal kriminelle handlinger, bøder, stoppet af politiet og afsoninger. Det samlede antal af disse for gruppen var 38 måneden før projektet startede, svarende til et gennemsnit på 6,3 per deltager. Dette blev reduceret til 5 i den sidste måned i projektet, svarende til et gennemsnit på 0,9.

Socialt netværk og brug af penge : Der var på gruppebasis en tendens til reduktion af kontakt til stofmiljø og specielt mere kontakt til stoffrie venner. Den måde, vi registrerede kontakt på, gjorde, at det var svært at registrere forandringer - dette kan være en mulig årsag til, at vi ikke ser den store forandring her. Betaling af husleje og boligsituation var uændret med undtagelse af en klient, som flyttede fra eget værelse tilbage til familien. Der var en klar forbedring i, hvor mange dage det tog, før de legale penge var brugt før og efter behandling - henholdsvis 11,6 og 19,0, ligesom halvdelen af klienterne rapporterede, at de lånte penge måneden før projektet men ikke måneden efter.

Oplevet livskvalitet: Vi målte oplevet livskvalitet ved at bede deltagerne vurdere sig selv på fem dimensioner: Bevidsthed om mål, følelse af at der er udvikling, dygtighed til at løse daglige problemer, glæde og mening. Disse dimensioner blev vurderet på en skala fra 0-10, med 0 som meget lav værdi, helt i bund osv og 10 som "jeg er glad hele tiden, kan løse alle problemer" osv. 5 er midt imellem.

Gennemsnitlig oplevet livskvalitet i måneden før projektet 4,8
Gennemsnitlig oplevet livskvalitet i måneden efter projektet 7,6.

Der skete en væsentlig forbedring dimensioner i oplevet livskvalitet. Som gennemsnit sprang de hele 3 points op på skalaen. For enkelte klienter var springet meget større: Fra 1 til 7 og 2 til 7 som de meste ekstreme resultater. **Alle klienter beskrev konsekvent bedre oplevet livskvalitet på alle 5 dimensioner.**

Generel tilfredshed med forløbet:

Klienterne vurderede tilfredshed med projektet, i hvilken grad de har fået større bevidsthed om mekanismerne bag misbruget, større selvkontrol, om der er sket en forandring af målsætninger for bruget, selvregistreringens betydning, hvordan de vurderede ærligheden i gruppen, om de har fået nye ønsker, betydningen af at lave mål for sig selv, om de tænkte anderledes om sig selv efter behandlingen, deres selvtilid mht. evne til at styre misbruget, i hvilken grad de oplevede misbruget som tvang eller valg, og i hvilken grad de oplevede at have fået gode råd.

Generelt var gruppen tilfreds med forløbet. På en tilfredshedsskala fra 0-5 var det gennemsnitlige resultat 4,0.

Helge Børven
Distriktscenter Indre

Spørgeskema til de behandlende medarbejdere i de fire distriktscentre

Spørgsmål 1

Distriktscentre har en række forskellige funktioner over for de brugere, der er indskrevet i metadonunderstøttet behandling. Det er selvfølgelig forskelligt, hvilke af disse funktioner, der har betydning for den enkelte bruger. Men her skal du give udtryk for *dit eget samlede indtryk og din egen vurdering*:

A: hvilke tre af nedenstående funktioner vil du sige, der *faktisk fokuseres mest på* i distriktscentrets arbejde i dag?

B: hvilke tre af nedenstående funktioner mener du *burde være de vigtigste* i distriktscentrets arbejde?

Sæt tre krydser under A og tre under B.

A B

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hjælp med konkrete problemer vedr. fx bolig, økonomi, kontakt til socialcentret |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indstilling af og stabilisering på den rette metadon-dosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nedtrapning og ophør med metadon med henblik på en tilværelse uden stoffer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udvikling af brugernes sociale færdigheder og selvværd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afvikling af sidemisbrug af heroin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afvikling af sidemisbrug af andre stoffer end heroin (fx benzodiazepiner) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udvikling af brugernes færdigheder til bedre at håndtere deres misbrug |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hjælp til at bryde isolation, ensomhed og kedsomhed (hos brugere med disse problemer) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skabe motivation til døgntil behandling hos brugere |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andet (hvad?) _____ |

Spørgsmål 2

Der gøres brug af forskellige *metoder* i distriktscentret i arbejdet med brugerne. Her bedes du igen give *din egen vurdering* på samme måde som ovenfor:

A: hvilke tre af følgende metoder vil du betegne som dem, der *faktisk tillægges størst betydning* i centret (ikke nødvendigvis dem, der bruges mest tid på, men dem, der blandt behandlerne anses for de vigtigste i arbejdet med brugerne)?

B: hvilke tre af følgende metoder mener du *burde være prioriteret* i centret?

Sæt tre krydser under A og tre under B.

A. B

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Individuelle samtaler mellem den enkelte bruger og hans/hendes behandler |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gruppesamtaler / gruppearbejde med flere brugere |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udlevering og overvåget indtagelse af metadon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Løbende følge brugerne sidemisbrug, bl.a. ved urinprøver |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktiviteter med brugerne uden for centret |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktiviteter med brugerne i centret |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hjælp og vejledning fra socialrådgiver |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Individuel samtaleterapi og anden behandling hos psykologen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vejledning og medicinsk behandling fra lægen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andet (hvad?) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andet (hvad?) _____ |

Spørgsmål 3

Angiv med krydser om du er enig eller uenig i hvert af nedensstående udsagn.
 Graduer dit svar efter *hvor stærkt* du er enig / uenig.

- Udbytte af behandlingen i centret afhænger af klientens egen indstilling, og ikke af hvilke tilbud man giver ham/hende
- Det kan i nogle situationer være rimeligt at nægte en klient metadon, hvis han/hun ikke har overholdt en klar aftale
- Behandlingen i centret fokuserer for meget på klienternes sidemisbrug, og for lidt på andre problemer
- Som kontaktperson / behandler bør man hilse på sine klienter hver dag, de kommer i centret
- Centret burde offere udskrive klienter, der bliver ved med at have et stort sidemisbrug
- Det er behandlernes opgave løbende at komme med forslag til klienterne om kurser, aktivitetstilbud ude i byen, døgntilbudssteder, osv.
- For at undgå at blive "hængende" på langvarig metadon, bør klienterne til stadighed opfordres til at metadonen nedtrappes
- Det er vigtigt, at klienterne – når de har behov for det – let og hurtigt kan få fat på en medarbejder / behandler i centret
- Urinprøver, der ikke er aftalt eller varslet, bidrager til mistillid i klientens forhold til behandlerne

Fuldstændig enig
 Overvejende enig
 Hverken enig eller uenig
 Overvejende uenig
 Fuldstændig uenig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fortsættes næste side

	Fuldstændig enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Fuldstændig uenig
Det fremmer klienternes motivation for behandling, hvis de risikerer at blive nedtrappet og udskrevet fra centret i en periode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dybest set er det umoralsk at give metadon til stofmisbrugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Princippet om individuel behandling betyder, at centret ikke skal opstille et særligt behandlingsprogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I individuelle samtaler bør behandleren ikke lægge noget pres på klienten til at stoppe sidemisbrug eller nedtrappe metadonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uanset hvordan man griber regler og behandling an, vil de fleste klienter forsøge at fuppe og lyve om deres misbrug – det er de så vant til i deres liv som stofmisbrugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centret bør til stadighed have et vist udbud af aktiviteter for klienterne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klienterne bør have mere indflydelse på behandlingstilbudene og tilrettelæggelsen af indsatsen i centret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.

Hvor tit er det din erfaring, at den sociale handleplan er et nyttigt redskab i arbejdet med *den enkelte brugers målsætninger*?

Altid ☐ Meget ofte ☐ Ofte ☐ Af og til ☐ Sjældent ☐ Meget sjældent ☐ Aldrig ☐ Ved ikke ☐

5.

Hvor tit er det din erfaring, at en brugers sociale handleplan er et nyttigt redskab i *samarbejdet med socialcentret*?

Altid ☐ Meget ofte ☐ Ofte ☐ Af og til ☐ Sjældent ☐ Meget sjældent ☐ Aldrig ☐ Ved ikke ☐

6.

Mener du, at du som regel har tilstrækkeligt kendskab til behandlingsmuligheder og andre tilbud til stofmisbrugere til at kunne vejlede brugerne om disse ting?

☐ Nej ☐ Ja ☐ Ved ikke

7.

Har du behov for efteruddannelse i dit arbejde med stofmisbrugere?

☐ Nej ☐ Ja, meget ☐ Ja, lidt ☐ Ved ikke

Hvis ja, i hvilke temaer? _____

8.

Hvor ofte føler du dig udrændt eller desillusioneret i dit arbejde med stofmisbrugere?

Altid ☐ Meget ofte ☐ Ofte ☐ Af og til ☐ Sjældent ☐ Meget sjældent ☐ Aldrig ☐ Ved ikke ☐

9.

Modtager du faglig supervision som led i dit arbejde på distriktscentret?

☐ Nej – besvar spørgsmål 9.a. ☐ Ja – besvar spørgsmål 9.b.

9.a.

Ønsker du at modtage supervision? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

9.b.

Er omfanget tilstrækkeligt? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

Er kvaliteten tilstrækkelig god? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

10.

Mener du, at brugernes indflydelse på distriktscentrets arbejde skal øges?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

Uddyb / begrund dit svar:

11.

Yderligere kommentarer til de emner, der er blevet rejst i dette spørgeskema, kan anføres her (og eventuelt på bagsiden):

12.

Eventuelle kommentarer til dette spørgeskema kan anføres her:

Tak for din besvarelse

– send den venligst afsted i den frankerede konvolut med det samme!

Spørgsmål 1

- A) 45 af 48 skemaer ok -> 3 mangler / uoplyst (1 skema med 2 krydser, er incl.)
B) 45 af 48 skemaer ok -> 3 mangler / uoplyst

A	B
33	15 Hjælp med konkrete problemer vedr. fx bolig, økonomi, kontakt til socialcentret
27	3 Indstilling af og stabilisering på den rette metadon-dosis
7	14 Nedtrapning og ophør med metadon med henblik på en tilværelse uden stoffer
13	36 Udvikling af brugernes sociale færdigheder og selvværd
18	8 Afvikling af sidemisbrug af heroin
14	1 Afvikling af sidemisbrug af andre stoffer end heroin (fx benzodiazepiner)
8	22 Udvikling af brugernes færdigheder til bedre at håndtere deres misbrug
7	18 Hjælp til at bryde isolation, ensomhed og kedsomhed (hos brugere med disse problemer)
5	17 Skabe motivation til døgntilbeholdning hos brugerne
2	1 Andet (hvad?) _____

Spørgsmål 2

- A) 43 af 48 skemaer ok -> 5 mangler / uoplyst (1 skema med 2 krydser, er incl.)
 B) 44 af 48 skemaer ok -> 4 mangler / uoplyst (2 skema med 2 krydser, er incl.)

A	B	
35	22	Individuelle samtaler mellem den enkelte bruger og hans/hendes behandler
5	32	Gruppesamtaler / gruppearbejde med flere brugere
28	7	Udlevering og overvåget indtagelse af metadon
14	2	Løbende følge brugernes sidemisbrug, bl.a. ved urinprøver
5	25	Aktiviteter med brugerne uden for centret
15	20	Aktiviteter med brugerne i centret
6	7	Hjælp og vejledning fra socialrådgiver
6	9	Individuel samtaleterapi og anden behandling hos psykologen
14	3	Vejledning og medicinsk behandling fra lægen
0	3	Andet (hvad?) _____
0	0	Andet (hvad?) _____

Spørgsmål 3

Spørgsmål	fe	oe	eu	ou	fu	ialt
Udbytte af behandlingen i centret afhænger af klientens egen indstilling, og ikke af hvilke tilbud man giver ham/hende	5	22	9	9	2	47
Det kan i nogle situationer være rimeligt at nægte en klient metadon, hvis han/hun ikke har overholdt en klar aftale	2	15	7	16	8	48
Behandlingen i centret fokuserer for meget på klienternes sidemisbrug, og for lidt på andre problemer	5	26	6	5	5	47
Som kontaktperson / behandler bør man hilse på sine klienter hver dag, de kommer i centret	11	17	10	5	5	48
Centret burde oftere udskrive klienter, der bliver ved med at have et stort sidemisbrug	4	7	8	17	11	47
Det er behandlernes opgave løbende at komme med forslag til klienterne om kurser, aktivitetstilbud ude i byen, døgbehandlingssteder, osv.	15	23	6	2	2	48
For at undgå at blive "hængende" på langvarig metadon, bør klienterne til stadighed opfordres til at metadonen nedtrappes	2	16	11	15	4	48
Det er vigtigt, at klienterne – når de har behov for det – let og hurtigt kan få fat på en medarbejder / behandler i centret	21	20	3	4	0	48
Urinprøver, der ikke er aftalt eller varslet, bidrager til mistillid i klientens forhold til behandlerne	8	14	7	12	6	47
Det fremmer klienternes motivation for behandling, hvis de risikerer at blive nedtrappet og udskrevet fra centret i en periode	0	10	8	21	9	48
Dybest set er det umoralsk at give metadon til stofmisbrugere	1	4	10	17	14	46
Princippet om individuel behandling betyder, at centret ikke skal opstille et særligt behandlingsprogram	4	3	3	16	20	46
I individuelle samtaler bør behandleren ikke lægge noget pres på klienten til at stoppe sidemisbrug eller nedtrappe metadonen	1	11	7	20	9	48
Uanset hvordan man griber regler og behandling an, vil de fleste klienter forsøge at fuppe og lyve om deres misbrug – det er de så vant til i deres liv som stofmisbrugere	3	12	13	14	6	48
Centret bør til stadighed have et vist udbud af aktiviteter for klienterne	22	18	3	5	0	48
Klienterne bør have mere indflydelse på behandlingstilbudene og tilrettelæggelsen af indsatsen i centret	13	18	10	7	0	48

4. Hvor tit er det din erfaring, at den sociale handleplan er et nyttigt redskab i arbejdet med *den enkelte brugers målsætninger*?

48 of 48

Altid	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Meget sjældent	Aldrig	Ved ikke
3	6	7	17	5	7	1	2

5. Hvor tit er det din erfaring, at en brugers sociale handleplan er et nyttigt redskab i samarbejdet med socialcentret?

48 af 48

Altid	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Meget sjældent	Aldrig	Ved ikke
1	2	8	14	9	11	2	1

6. Mener du, at du som regel har tilstrækkeligt kendskab til behandlingsmuligheder og andre tilbud til stofmisbrugere til at kunne vejlede brugerne om disse ting?

48 af 48

19 Nej **22 Ja** **7 Ved ikke**

7. Har du behov for efteruddannelse i dit arbejde med stofmisbrugere?

47 of 48

1 Nej **34** Ja, meget **12** Ja, lidt **0** Ved ikke

8. Hvor ofte føler du dig udbrændt eller desillusioneret i dit arbejde med stofmisbrugere?

48 of 48

Altid	Meget ofte	Oft	Af og til	Sjældent	Meget sjældent	Aldrig	Ved ikke
0	3	4	21	11	5	4	0

9. Modtager du faglig supervision som led i dit arbejde på distriktscentret?

47 af 48

30 Nej – besvar spørgsmål 9.a. **17 Ja – besvar spørgsmål 9.b.**

9.a. 30 af 30

Ønsker du at modtage supervision? **26 Ja 1 Nej 3 Ved ikke**

9.b. **17 af 17**

Er omfanget tilstrækkeligt? **9 Ja** **6 Nej** **2 Ved ikke**

17 af 17

Er kvaliteten tilstrækkelig god? **11** Ja **3** Nej **3** Ved ikke

10. Mener du, at brugernes indflydelse på distriktscentrets arbejde skal øges?

45 af 48

30 Ja 6 Nej 9 Ved ikke